Rok LII. Kraków, dnia 5. kwietnia 1913. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z miejskiej pracowni bakteryologicznej i z zakładu weterynaryi Prof. J. Nowaka w Krakowie.

Evol i mydło kreozolowe,

dwa nowe środki odkażające.

Podali

Doc. R. Nitsch, bakteryolog miejski i **M. Okolska.**

Wstęp.

Miejski Urząd zdrowia w Krakowie używa do odkażania mieszkań, sieni, kurytarzy, schodów, wychodków i t. p. sublimatu albo lysolu obok formaliny tam, gdzie jej użycie jest możliwe lub wskazane. Lysolu używa się jako jednego z najsilniejszych środków odkażających wszędzie tam, gdzie z powodu przenikliwej woni użycie jego nie jest przeciwwskazane, a zawsze do odkażania wychodków, zlewów, basenów, nocników i t. p. Tam gdzie lysolu z powodu jego woni użyć nie można, jak np. w klasach szkolnych, sklepach, biurach, pracowniach, pokojach mieszkalnych i t. p., używa się sublimatu. Z obawy, żeby sublimat po wyschnięciu wody nie pozostał w postaci delikatnego proszku na ścianach, podłodze lub meblach i nie stał się potem przyczyną zatrucia, stosuje się następne wymycie ciepłą wodą podłóg i ścian celem usunięcia sublimatu. Tam wreszcie, gdzie lysol lub sublimat dotrzeć nie może, jakoteż w celu wzmocnienia ich działania, używa się jeszcze często formaliny w postaci pary wywiązującej się z przyrządów formalinowych. Przyrządów używa się systemu Berolina i systemu Zarewicza. Sposobów wywiązywania formaliny bez przyrządów (np. autanu lub formaliny z $KMnO_4$) nie używa się w Krakowie.

Wobec wielkiego zapotrzebowania środków odkażających ma ich cena wielkie znaczenie. Miasto płaci za 1 litr lysolu K 4·20, co wobec wielkiego zapotrzebowania tego środka, używanego zwykle w 2%, a czasem i w 3% rozczynie, odgrywa w budżecie zakładu dezynfekcyjnego dość znaczną rolę. Gdy więc miasto otrzymało od wiedeńskiej firmy »Max Kurz« ofertę na nowy środek odkażający pod nazwą »Evol«, którego cena za 1 kg. wynosić miała około 2 koron, zajęto się w miejskiej pracowni bakteryologicznej jego zbadaniem.

Badania przeprowadzono sposobami zwykle w tym celu używanymi. Więc albo:

1) Zanurzano jałowe jedwabne nitki do czystej hodowli bulionowej lub do zawiesiny badanych bakteryi lub zarodników na kilka lub kilkanaście minut. Następnie wyjmowano nitki i wrzucano je, wilgotne, do badanego rozczynu środka odkażającego na czas różnej długości. Po wyjęciu opłukiwano je w jałowej wodzie przekroplonej około 1' i wreszcie przenoszono na pożywki. Czasem nitki wysuszano w cieplarce przed wrzuceniem do środka odkażającego. Wzrost na pożywkach kontrolowano zwykle przez kilka dni, a w wątpliwych razach stwierdzano pod mikroskopem.

Albo 2) posługiwano się w tym samym celu wyjałowionymi maleńkimi wacikami i postępowano z nimi analogicznie, jak w przypadku 1).

Albo 3) nalewano badany środek odkażający na kał lub śluz z wacikami lub bez i co pewien czas przeszczepiano na pożywki cząstki kału, lub wacik po opłukaniu w jałowej wodzie.

Takimi sposobami badano siłę odkażającą danego środka, t. j. własność zabijania form dorosłych lub rosnących. Oprócz tej siły ma wielkie znaczenie w czasie odkażania jeszcze druga własność środków odkażających, t. j. ich siła wstrzymująca wzrost drobnoustrojów. Znaną jest rzeczą, że do zabicia drobnoustrojów potrzebne jest znacznie większe stężenie środków odkażających, niż do zahamowania wzrostu. Klasycznym przykładem tego jest sublimat, który zabija niektóre bakterye dopiero w rozcieńczeniu 1%, a hamuje ich wzrost już w rozcieńczeniach 1/milion. Dla poznania jakiegoś środka odkażającego jest rzeczą ważną znać nietylko jego siłę odkażającą, ale i siłę jego hamującą wzrost różnych drobnoustrojów. W tym celu do różnych rozcieńczeń danego środka odkażającego w bulionie szczepiono bardzo małą ilość (koniec drucika platynowego) bakteryi i wstawiano do cieplarki. Potem obserwowano, czy bakterye rosną, czy nie. Nieraz wzrost ten można widzieć bardzo wyraźnie po zmętnieniu bulionu, ale nieraz trzeba badać pod mikroskopem, bo bulion staje się mętny zaraz po dodaniu środka odkażającego lub też po pewnym czasie, gdy stoi w cieplarce zmieszany ze środkiem odkażającym. Wtedy tylko oglądanie pod mikroskopem może sprawę rozstrzygnąć. Otrzymuje się np. wzrost

bakteryi w rozcieńczeniu środka odkażającego w bulionie $^1/_{1000}$, a w rozcieńczeniu $^1/_{800}$ wzrostu wykazać nie można.

Oczywiście, że te liczby nie będą ścisłe, bo zawsze pewna nieznaczna część środka odkażającego wchodzi w związek z ciałami w bulionie zawartemi (solami, białkami, peptonami, substancyami wyciągowemi?). Okazuje się to bardzo często już na oko przez wystąpienie w bulionie zmętnienia lub opalizacyi. Dopiero wolna reszta środka odkażającego może działać hamująco na wzrost bakteryi. Jeżeli więc np. przy rozcieńczeniu $^1/_{800}$ w bulionie wzrostu niema, to właściwie rozcieńczenie to jest większe, bo pewna część środka odkażającego związała się z bulionem, a więc czynną pozostaje mniejsza ilość, niż dodano do bulionu. Prócz tego i skład bulionu nie jest zawsze taki sam, choćbyśmy się starali przygotować go zawsze jednako. Dlatego należy o tem pamiętać, że o ile przy oznaczeniu siły odkażającej środków przeciwgnilnych możemy zawsze bardzo ściśle oznaczyć zgęszczenie, przy którem dany środek działa zabójczo na dany szczep pewnego gatunku bakteryi w danym czasie i przy danej ciepłocie, to przy oznaczeniu siły hamującej wzrost drobnoustrojów rozcieńczenie podane jest zawsze większe od rzeczywistego, czyli środki odkażające działają silniej hamująco, niż to wynika z naszych doświadczeń.

Oczywiście, że przy oznaczeniu siły odkażającej pewnego środka przeciwgnilnego nie zawsze możemy całkiem ściśle określić zgęszczenie, w którem dany środek działa. Jeżeli np. dodajemy dany środek w pewnem zgęszczeniu do hodowli bulionowej bakteryi, lub wprost nalewamy na kał lub dodajemy do moczu — to i to oznaczenie nie będzie ścisłe. Jeżeli jednak postępujemy według metod zdawna używanych i dajemy do rozczynu jakiegoś środka odkażającego o pewnem zgęszczeniu nitki wilgotne lub z zasuszonemi bakteryami lub takież perełki szklane, albo waciki, to źródła błędu będą tak małe, że możemy mówić o ścisłem oznaczeniu stopnia rozcieńczenia w danych warunkach.

I. Doświadczenia z evolem.

Evol jest to płyn oleisty, barwy w cienkiej warstwie ciemno-brązowej, w grubej warstwie prawie czarnej, o silnej woni, przypominającej zapach lysolu. Po dłuższem staniu evol ciemnieje jeszcze więcej i ma wtedy nawet w cienkich warstwach prawie czarną barwę. Tak samo evol rozcieńczony w 1%—10% rozczynie ma bardzo silną woń, która wydziela się przez długi czas z ubrań, bielizny, rąk, sprzętów, ścian i t. p., zlanych lub zmytych evolem. Naszem zdaniem evol pod względem przykrej woni niema żadnych zalet w porównaniu z lysolem. Ma natomiast w częstem użyciu jedną wadę bardzo poważną, t. j. tę, że palce i ręce zwilżone 3% evolem dość prędko cierpną i tracą w pewnej mierze wrażliwość na dotykanie. Ścierpnienie rąk przy dłuższem zwilżaniu ich evolem 3% trwa szereg godzin i jest bardzo nieprzyjemne. Także i 2% evol może je wywołać, jeśli długi czas macza się w nim ręce.

Drugą ujemną stroną evolu w porównaniu z lysolem jest trudniejsza jego rozpuszczalność w wodzie. Oleisty ten płyn czepia się silnie ścian naczynia i musi być energicznie kłócony lub mieszany, zanim utworzy w wodzie jednostajną zawiesinę. Jako cięższy od wody opada przy wlewaniu na dno naczynia, mało tylko mieszając się z wodą i znowu trzeba go bardzo energicznie mieszać, aby utworzył należytą zawiesinę. Najlepiej zmieszać go dokładnie z wodą w ten sposób, że do wiadra, w którem pod wodą znajduje się na dnie odpowiednia ilość evolu, zanurza się sikawkę, służącą do skrapiania ścian przy odkażaniu i nabrawszy w nią wody, wystrzykuje się ją następnie z siłą ku dnu, trzymając sikawkę do połowy w wodzie. W ten sposób najłatwiej zmieszać evol. Jeśli zaniedbamy dokładnego zmieszania, narazimy się na to, że czerpiąc rozczyn odkażający z wierzchu, będziemy mieć prawie czystą wodę, a na samem dnie evol prawie zgęszczony. Jak wiadomo, lysol także nie rozpuszcza się całkiem łatwo w wodzie i trzeba także uważać na dokładne zmieszanie. Ale istnieje w tem wyraźna różnica na korzyść lysolu.

Wreszcie trzecią stroną ujemną evolu w porównaniu z lysolem jest nieprzeźroczystość jego rozczynów wodnych. Wiadomo, że lysol daje rozczyn zupełnie przeźroczysty; natomiast evol w 1%—10% rozczynach, używanych w praktyce, daje płyn brudno mleczny, nawet w cienkiej warstwie nieprzeźroczysty. I lysol daje w wodach studziennych nieczystych (bardzo twardych) rozczyn barwy mleczno-białej, ale w wodzie przekroplonej albo miękkiej wodzie studziennej (n. p. w wodzie wodociągowej krakowskiej) są 1—3% rozczyny lysolu nawet w grubszych warstwach tylko lekko opalizujące — w cienkich warstwach zaś prawie zupełnie przeźroczyste. Evol zaś daje nawet z wodą przekroploną już w $^1/_2$% rozczynie zawiesinę brudno mlecznej barwy.

Wszystkie doświadczenia poniżej omówione robiono tak, że środki odkażające rozpuszczano w wodzie przekroplonej. Tymczasem w praktyce używa się w Krakowie wody wodociągowej. Ze względu jednak na miękkość tej wody nie sądzimy, żeby to miało wyraźny wpływ na wynik doświadczeń — przynajmniej co do evolu.

Badania wykonywano w ciepłocie pokojowej.

Badania siły odkażającej evolu.

Doświadczenia z wacikami. Technikę podano w kilku słowach wyżej. Dodamy tyle, że waciki robiono możliwie równej wielkości z waty nieodtłuszczonej i po wyjałowieniu zanurzano je do bulionowej świeżej hodowli danych bakteryi, wyciskając drucikiem powietrze z ich wnętrza, żeby całkiem przesiąkły płynną hodowlą. Po kilku minutach wyjmowano je, wyciskano nadmiar hodowli na ścianach probówki i wilgotne wrzucano do rozczynu środków odkażających na różny czas. Potem wyjmowano je ostrożnie i wrzucano do 8—10 cm³ wody przekroplonej wyjałowionej, gdzie wyciskano je i poruszano drucikiem około 1 minuty celem wypłukania środka odkażającego. Następnie przenoszono je do drugiej rurki z wodą destyl. wyjałowioną, celem dalszego opłukania przez poruszanie znowu około 1 minuty. Potem dopiero wrzucano je do jałowego bulionu lub rozmazywano na agarze i wstawiano do cieplarki. Wzrost oglądano po 24 godzinach, ale rurki jałowe zostawiano w cieplarce zawsze dłużej, do 4 dni lub więcej, i obserwowano, czy wzrost jeszcze nie nastąpi. Zawsze urządzano doświadczenie kontrolne, w którem postępowano zupełnie podobnie, z tą tylko różnicą, że kontrolnego wacika nie zanurzano do środka odkażającego, tylko do wody wyjałowionej.

1. Bact. coli (15/III) 1912

	lysol 2%	evol 2%
po 5′	—	—
» 10′	—	—
» 15′	—	—
kontrola	+	

2. Bact. coli (17/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	+	+
» 15′	+	+
» 20′	+	+
» 30′	+	+
kontrola	+	

Uwaga: + znaczy wzrost bakteryi na pożywce
— » brak wzrostu
(wynik zapisywano po 4 dniach).

3. Bact. typhi (19/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	+	—
» 15′	+	—
» 20′	+	—
» 30′	—	—
kontr.	+	

4. Bact. cholerae (21/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 6′	+	—
» 12′	—	—
» 17′	—	—
» 22′	—	—
» 30′	—	—
kontr.	+	

5. Bact. Friedländeri (27/III) (z gardła)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	—
» 16′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—
kontr.	+	

6. Staphyloc. pyogen. aur. (28/III)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	+	+
» 16′	+	+
» 21′	+	+
» 32′	+	+
kontr.	+	

7. Staphyloc. aureus (inny szczep) (20/XII)

	lysol 2%	evol 2%
po 5′	+	+
» 10′	+	—
» 15′	—	—
» 20′	—	+ (!)
kontr.	+	

8. Bact. typhi. (ze stolca) (20/III). Technika j. w. z tą różnicą, że waciki po opłukaniu w wodzie rozmazywano na powierzchni jałowego agaru, a nie wrzucano ich do bulionu. Wynik oglądano po 48 godz.

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	15 kolonii	około 100 kol.
» 10′	3 »	» 40 »
» 15′	—	kilka kolonii
» 20′	11 kolonii	—
» 30′	—	—

Kontr. cała powierzchnia agaru pokryta bardzo gęstemi koloniami.

9. Doświadczenie z kałem (25/III). Cząstkę kału rozmieszano dokładnie w 2% lysolu i 2% evolu. Następnie włożono tam jałowe waciki i wygnieciono z nich powietrze. Zresztą j. w. Wysiew na bulionach i na agarach

	lysol 2%	evol 2%
po 40′	—	—
» 65′	—	—
kontr.	+	

10. Doświadczenie z kałem (26/III) Technika j. w., różnica w tem, że 3 razy płukano w wodzie. Wysiew na bulionach.

	lysol 2%	evol 2%
po 15′	+	—
» 35′	—	—
» 1·15′	—	—
kontr.	+	

11. Doświadczenie z kałem (29/III). Na nieroztartą grudkę twardego kału nalano 2% evolu i lysolu i zostawiano tak od 1 godz. do 4 dni. Potem zlewano płyn odkażający, nalewano jałowej wody i tak 3 razy płukano. Grudki kału, tak długo moczone w płynie odkażającym i płukane, częściowo rozmokły i rozpłynęły się. Połowę pozostałego kału przenoszono następnie do bulionu, a połowę rozcierano na agarach. Oglądano po 48 godzinach.

		lysol 2%	evol 2%
po 1 g. 37′	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 16 g. —	bul.	—	—
	ag.	—	+
» 24 g. —	bul.	+	—
	ag.	+	+
» — 4 dn:	bul.	+	+
kontr.		+	

12. Doświadczenia z zarodnikami (3/IV). Agarową hodowlę laseczek »mesentericus« po 10 dniach spłukano bulionem i uzyskano tak — niesączoną — zawiesinę tych bardzo odpornych zarodników. Pod mikroskopem widać bardzo wielką ilość zarodników pojedynczych i w grudkach i mało laseczek. Do tej zawiesiny włożono waciki jałowe, a następnie trzymano je j. w. w 4% rozczynach naszych środków odkażających. Wysiew na bulionie i na agarze. Wzrost oglądano po 48 godzinach.

		lysol 4%	evol 4%
po 17 g.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 24 g.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 48 g.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 4 dn.	bul.	+	?
	ag.	+	+
» 9 dn.	bul.	+	+
	ag.	+	+
» 20 dn.	bul.	+	—
	ag.	+	+

Kontr. (trzymano 20 dni) w wodzie +

Doświadczenia z nitkami. Doświadczenia z wacikami przedstawiają dużo źródeł błędów, ponieważ waciki są różnej wielkości. Jedwabne nitki przedstawiają o wiele równiejszą powierzchnię. Prócz tego przedstawiają nitki o wiele mniejsze trudności techniczne przy robocie, niż waciki, które nieraz zbijają się z sobą, lub znowu rozpływają podczas płukania i t. p. Dlatego przeszliśmy do doświadczeń z nitkami. Technika j. w., z tym wyjątkiem, że nitki przed włożeniem do środka odkażającego suszono kilka godzin w cieplarce i używano dopiero zupełnie suchych i że je raz tylko płukano po wyjęciu z płynu odkażającego.

13. Gronkowiec złocisty (4/IV)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	—	—
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—
kontr	+	

16. Bakt. okrężnicy (9/IV)

	sublimat 1/2‰	evol 1/2%
po 2′	—	+
» 5′	—	+
» 10′	—	—
» 15′	—	—
kontr	+	

14. Gronkowiec złocisty (z ropy) (21/XII)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—
kontr.	+	

15. Gronkowiec złocisty (szczep ten sam) (22/XII)

	lysol 1/2%	evol 1/2%
po 5′	+	+
» 10′	—	+
» 15′	—	—
» 20′	+ (!)	—
» 30′	—	—
kontr.	+	

Ponieważ kilkogodzinne wysuszenie nitek wystarczało do zabicia niektórych bakteryi, z którerni chciano czynić doświadczenia, jak duru, Friedländera, cholery, więc w następnych doświadczeniach używano wyłącznie nitek niesuszonych, przenosząc je bezpośrednio z bulionowej hodowli danych bakteryi do płynu odkażającego.

17. Bact. typhi (10/IV)

	lysol $^1/_2\%$	evol $^1/_2\%$
po 5′	+	+
» 10′	+	+
» 15′	+	—
» 22′	+	—

kontr. +

18. Bact. Friedländeri (12/IV), wysiew na agar

	lysol $^1/_2\%$	evol $^1/_2\%$
po 6′	+ (zlany nalot)	+ (zlany nalot)
» 11′	+ (pojedyncze kol.)	+ (pojedyncze kol.)
» 16′	+ »	+ »
» 22′	— »	—

kontr. + (zlany nalot).

19. Gronkowiec złocisty (z ropy) 21/XII)

	lysol 1%	evol 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—

kontr. +

Wykonano ogółem 11 doświadczeń z wacikami, 4 z nitkami suchemi, 3 z wilgotnemi, a 1 z kałem bez użycia nitek ani wacików — razem 19 doświadczeń. Lysol okazał się słabszym środkiem odkażającym w doświadczeniu 3 (dur), 4 (cholera), 10 (kał), 17 (dur, nitki), t. j. 4 razy. Równym evolowi w działaniu odkażającem okazał się w doświadczeniu 1 (coli); 2 (coli); 5 (Friedländer); 6 (gronkowiec, waciki), 9 (kał), 13 i 14 (gronkowiec, nitki suche); 18 (Friedländer, nitki wilgotne) 19 (gronkowiec, nitki wilgotne), t. j. 9 razy. Wątpliwy wynik doświadczeń otrzymano w doświadczeniu 7 (gronkowiec), 8 (dur), 11 (kał), 12 (zarodniki), 15 (gronkowiec — nitki suche), t. j. 5 razy. Ściśle biorąc należałoby i takie wyniki, jak np. w dośw. 1 i 2, uważać za wątpliwe. Wreszcie doświadczenie 16 (coli) podjęto dla porównania siły odkażającej evolu z 10 razy słabszym roztworem sublimatu. Okazało się, że $^1/_2\%$ evol ma znacznie słabsze działanie odkażające na prątki okrężnicy, niż $^1/_2‰$ sublimat.

Warto jeszcze zwrócić uwagę na doświadczenia 9. i 10. w porównaniu z 11. W pierwszych 2 doświadczeniach rozmieszano dokładnie kał z nadmiarem środków odkażających, tak że nigdzie nie pozostały większe jego grudki. Okazało się, że tak 2% lysol, jak i evol, odkaziły całkowicie badany kał już w czasie znacznie krótszym od godziny (evol nawet już po $^1/_4$ godziny). Tymczasem w doświadczeniu 11., gdzie kału nie rozcierano, ale nalano nadmiar środków odkażających na zbite grudki kału, osiągnięto wynik bardzo niepewny. Niektóre grudki były już po 16 godzinach odkażone, — ale inne jeszcze po 4 dniach nie były. Wynikają z tego wyraźne wskazówki dla praktyki dezynfekcyjnej.

Jako ostateczny wynik stwierdzić należy, że ani razu nie okazał się lysol silniejszym środkiem odkażającym od evolu, — a uwzględniając całość doświadczeń, musimy uznać evol za środek co najmniej równy lysolowi w działaniu odkażającem.

Z tego powodu wprowadzono go natychmiast w użycie w krakowskim zakładzie dezynfekcyjnym. Ponieważ cena jego jest przeszło 2 razy niższą od ceny lysolu, więc zamiana ta była całkowicie usprawiedliwiona, pomimo niektórych ujemnych stron evolu, o których wyżej wspomniano.

Tymczasem w kilka miesięcy później otrzymaliśmy od firmy berlińskiej »Deutsche Desinfektions-Centrale« ofertę na środek odkażający, w Niemczech często używany, t. zw. »Kreosolseifenlösung« (»rozczyn kreozolowo-mydlany«) z ceną 1 korona za 1 kg. Ponieważ za evol płacimy 1·80 kor. za 1 kg., więc wskazane było dokładne zbadanie nowozaoferowanego środka, aby koszta odkażania możliwie zmniejszyć, nie zmniejszając jego pewności.

II. Doświadczenia z »rozczynem kreozolowo-mydlanym«.

Nowy ten środek, który dla krótkości nazywać będziemy poprostu »mydłem kreozolowem«, ma niektóre własności fizyczne o wiele przyjemniejsze od evolu, a mianowicie: 1) rozpuszcza się w wodzie znacznie łatwiej od evolu i 2) daje z wodą przekroploną nawet w kilkuprocentowych rozczynach i nawet w grubych warstwach płyn zupełnie przeźroczysty. W krakowskiej wodzie wodociągowej są $1-2\%$ rozczyny mydła kreozolowego w grubszych warstwach z początku bardzo mało, a po kilku dniach silnie opalizujące. W cienkiej warstwie są prawie zupełnie przeźroczyste. Natomiast 3% rozczyn mydła kreozolowego wydziela w krakowskiej wodzie wodociągowej po kilku godzinach silny męt, który po kilku dniach opada całkowicie na dno naczynia. Przy wodach twardych (studziennych) daje mydło kreozolowe rozczyny silnie zmącone. Męt ten po dłuższem staniu (kilka dni) opada na dno naczynia, a ponad nim pozostaje płyn winno-żółty, zupełnie przeźroczysty. Zachowanie to zależy widocznie w zupełności od zachowania się zwyczajnego mydła, które w wodzie przekroplonej daje rozczyn zupełnie przeźroczysty, a w wodach naturalnych daje zależnie od stopnia ich twardości męty lub strąty różnej obfitości.

Mydło kreozolowe ma »in substantia« barwę złocisto-żółtą i jest o wiele mniej gęste, aniżeli evol, a nawet niż lysol. O ile w opisanych dwu własnościach ma ono stanowczo wyższość nad evolem — to co do dalszych, również bardzo ważnych własności, nie wiele się różni od niego. Mianowicie 1) woń jego tak »in substantia«, jak i w rozczynach wodnych, jest równie przenikliwa i nieprzyjemna, jak woń evolu lub lysolu i długo się trzyma; 2) po robocie dłuższej z mydłem kreozolowem, zwłaszcza 3%, ręce szczypią i cierpną, podobnie jak po robocie z evolem, choć może w mniejszym stopniu.

Doświadczenia robiono z nitkami wilgotnemi, które wprost z zawiesiny badanych bakteryi (lub kału) przenoszono do środka odkażającego, potem — po wyjęciu — płukano przez 1′ w wodzie jałowej przekroplonej i zasiewano na bulionach.

20. Bact. coli (19/X)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	+
» 15′	—	+
» 20′	—	+
» 30′	—	—

kontrola +

21. Bact. coli (20/X) (ten sam szczep)

	lysol 1%	mydło kreoz. 2%
po 5′	+	+
» 10′	+	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—

kontrola +

22. Bact. typhi (21/X)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	+
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—

kontrola +

23. Bact. typhi (24/X) (ten sam szczep)

	lysol 1%	mydło kreoz. 2%
po 6½′	—	—
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—

kontrola +

24. Bact. typhi (26/XI) (ten sam szczep)

	lysol 1%	mydło kreoz. 2%
po 3′	+	+
» 5′	—	—
» 10′	—	—

kontrola +

25. Gronkow. złocisty (26/X)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	+
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—

kontr. +

26. Gronkow. złocisty (27/X)

	lysol ½%	mydło kreoz. ½%
po 5′	+	+
» 10′	+	+
» 15′	+	+
» 20′	+	+
» 30′	—	+

kontr. +

27. B. proteus (31/X) (ze stolca)

	lysol 1%	mydło kreoz. 1%
po 5′	+	+
» 10′	—	—
» 15′	—	—
» 20′	—	—
» 30′	—	—

kontr. +

28. Vibrio cholerae (1/XI)

	lysol ½%	mydło kreoz. ½%
po 5′	—	—
» 10′	—	—
» 15′	—	—

kontr. +

29. Vibrio cholerae (11/XI) (ten sam szczep)

	lysol ¼%	mydło kreoz. ¼%
po 1′	+	+
» 2′	+	+
» 3′	+	+
» 4′	+	+
» 5′	—	+

kontr. +

Zarodniki lasecznika siennego (bac. subtilis).

4 dniowa hodowla agarowa prątka siennego (zawierająca bardzo dużo zarodników) została zawieszona w bulionie i przesączona przez bibułę. Do tej zawiesiny zanurzono nitki jedwabne. Zresztą j. w. Zasiane buliony oglądano 4 dni.

30. (12/XI)

	lysol 2%	mydło kreoz. 2%
po 15′	+	+
» 30′	+	+
» 1 g.	+	+
» 2 g.	+	+
» 5 g.	+	+

kontr. +

31. (20/XI)

	lysol 4%	mydło kreoz. 4%
po 1 g.	+	+
» 2¼ g.	+	+
» 5¾ g.	+	+
» 24 g.	+	—
» 54 g.	—	—

kontr. +

32. Doświadczenie z kałem (5/XI). Kał płynny, zawierający bardzo dużo śluzu (klinicznie rozpoznano dysenteryę, prątków czerwonkowych jednak nie znaleziono). Do naczyniek dano po 1 cm³ tego kału, a następnie po 1 cm³ różnych rozcieńczeń środków odkażających, a do rurki kontrolnej 1 cm³ wody. Zmieszano dobrze i wrzucono do wszystkich rurek po kilka jałowych nitek jedwabnych, zresztą j. w.

	lysol				mydło kreozol.			
	4%	2%	1%	½%	4%	2%	1%	½%
po 3½ g.	—	—	+	+	—	—	+	+
» 8 g.	—	—	+	+	—	—	+	+
» 24 g.	—	—	+	+	+ (!)	—	+	+

kontr. +

Doświadczenia wykonano z bakteryami: okrężnicy, duru, cholery, odmieńcem (proteus), gronkowcami, z zarodnikami prątka siennego i z kałem. Prawie zawsze okazało się mydło kreozolowe słabszym środkiem odkażającym od lysolu. Tylko w doświadczeniu 27. (proteus) siła odkażająca była równa, a w doświadczeniu 31. (zarodniki bakt. siennej) była siła odkażająca mydła kreozolowego większa, niż lysolu. Również w doświadczeniu 32. (z kałem) była siła odkażająca środków jednaka, jeżeli nie uwzględnimy niespodziewanego wzrostu po 24 g. działania 4% mydła kreozolowego. Za mało doświadczeń wykonano, aby można powiedzieć o ile — lub ile razy — mydło kreozolowe jest słabsze od lysolu. Nigdy zresztą nie da się to w ten sposób określić wobec żadnego środka odkażającego, albowiem działają one rozmaicie na różne bakterye, a nawet na różne szczepy tego samego gatunku bakteryi. W doświadczeniu 20. (coli) widzimy, że lysol już po 10′ wywiera ten skutek, jaki z mydłem kreozolowem otrzymujemy dopiero po 30′. W doświadczeniu 22. mydło kreozolowe zabija bakterye duru po 15′, a lysol już po 10′. W doświadczeniu 25. mamy taki sam skutek z gronkowcami.

Wobec takich wyników urządzono doświadczenia 21. 23. i 24. z 1% lysolem i z 2% mydłem kreozolowem dla stwierdzenia, czy teraz wyniki się nie wyrównają. I rzeczywiście w doświadczeniu 23. i 24. (z durem) lysol 1% = w działaniu mydłu kreozolowemu 2%, — ale w doświadczeniu 21. (coli) okazało się 2% mydło kreozolowe silniejsze od 1% lysolu. Ogólne wrażenie z tych doświadczeń odnieśliśmy takie, że celem uzyskania takiego samego wyniku, jak po lysolu, trzeba użyć roczczynu mydła kreozolowego o 50% silniejszego. Więc zamiast 1% lysolu 1½% mydła kreozolowego — zamiast 2% lysolu 3% mydła kreozolowego. Wobec wielu bakteryi byłby roczyn mydła kreozolowego o 50% silniejszy od lysolu, środkiem odkażającym znacznie energiczniejszym (np. proteus lub zarodniki bac. subtilis). Wobec innych (np. bact. coli — dośw. 21.) byłby środkiem prawie równym — a wobec innych jeszcze (np. bac. typhi — dośw. 24) byłby taki roczyn środkiem słabszym.

Uwzględniając cenę mydła kreozolowego, przeszło 4 razy niższą od ceny lysolu, a blizko 2 razy niższą od ceny evolu, — będzie mydło kreozolowe nawet przy użyciu roczynów o 50% silniejszych jeszcze środkiem tańszym od evolu, nie mówiąc już o lysolu. Ponieważ zaś rozpuszcza się łatwiej w wodzie, niż evol i daje rozczyny (aż do 2%) przeźroczyste lub opalizujące, więc uznać je trzeba za śro-

dek odkażający prawie równy evolowi, przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności.

Krakowski zakład dezynfekcyjny używa jednak dotąd evolu. Miejska pracownia bakteryologiczna nie przedstawiła dotąd Urzędowi zdrowia wniosku o zastąpienie evolu mydłem kreozolowem głównie z tego powodu, że trzebaby używać przeważnie 3% rozczynu mydła kreozolowego. Evolu używa się w Zakładzie dezynfekcyjnym przeważnie w 2% rozczynie. Jak już powyżej wspomnieliśmy, dają 3% rozczyny mydła kreozolowego w krakowskiej wodzie wodociągowej znaczne strąty. Zachodzi więc obawa, że te strąty mogłyby zatykać otworki sikawek i rozpylaczy, któremi zlewa się ściany, podłogi i t. p. — i, co jest jeszcze ważniejsze, nie zbadano dotąd, czy wskutek wytworzenia się tych strątów nie zmniejsza się znacznie siła odkażająca 3% rozczynów mydła kreozolowego w krakowskiej wodzie wodociągowej. Jak również już wspomnieliśmy, wszystkie porównawcze doświadczenia, tu opisane, były wykonane z rozczynami w wodzie przekroplonej. Wypadnie przeto wykonać szereg porównawczych doświadczeń nad działaniem odkażającem 3% rozczynów mydła kreozolowego w krakowskiej wodzie wodociągowej i w wodzie przekroplonej.

III. Badanie siły hamującej wzrost bakteryi.

Technika opisana we wstępie. Dodać trzeba tylko to, że wszystkie doświadczenia wykonano w ciepłocie około 37° C.

33. Bact. coli (ze stolca) (11/XI).

rozcieńczenia	1/10·000	1/100 000	1/milion	1/10 mil.	1/100 mil.
lysol	+	+	+	+	+
mydło kreoz.	+	+	+	+	+

34. Bact. coli (świeże ze stolca) (18/XI).

rozcieńczenia	1/100	1/1000	1/10 000
lysol	—	+	+
mydło kreoz.	—	+	+

kontr. +

35. Bact. coli (szczep tensam) (21/XI).

rozcieńczenia	1/100	1/200	1/400	1/500	1/800	1/1000
lysol	—	—	—	—	—	+
mydło kreoz.	—	—	—	—	—	+

kontr. +

36. Bact. coli (szczep wyhodowany przed rokiem ze stolca) (10/XII).

rozcieńczenia	1/100	1/200	1/400	1/500	1/800	1/1000	1/10·000	1/100·000	1/mil.	1/10 mil.
lysol	—	—	—	—	—	+	+	. [1]	.	.
mydło kreoz.	—	—	—	—	—	+	+	.	.	.
sublimat	.	.	.	.	.	.	—	—	—	+

37. Bact. coli (szczep tensam) (13/XII).

rozcieńczenia	1/400	1/500	1/800	1/1000	1/2000
evol	—	—	—	—	+

kontr. +

[1]) . = nie robiono doświadczenia.

38. Bact. coli (szczep świeżo z wody wyhodowany) (17/XII).

rozcieńczenia	1/1000	1/1200	1/1400	1/1600	1/1800	1/2000
evol	—	+	+	+	+	+

kontr. +

39. Bact. coli (wyhodowane 28/XI ze stolca) (23/XII).

rozcieńczenia	1/600	1/800	1/1000	1/1200	1/1400
evol	—	+	+	+	+
lysol	—	—	+	+	+
mydło kreoz.	—	+	+	+	+

kontr. +

Badanie siły hamującej wzrost bakteryi wykonano wyłącznie z różnymi szczepami bakteryi okrężnicy. Widzimy, że te szczepy zachowują się niejednakowo wobec tych samych środków odkażających, co jest rzeczą dobrze znaną w nauce o odkażaniu. Jako wynik należy stwierdzić, że siła hamująca wzrost bakteryi tak u lysolu, jak u evolu i mydła kreozolowego jest nieznaczna, zwłaszcza w porównaniu ze sublimatem (dośw. 36.). Pomiędzy własnościami hamującemi lysolu, evolu i mydła kreozolowego różnice są również bardzo nieznaczne.

Streszczenie.

Evol jest środkiem odkażającym, około 2 razy tańszym od lysolu, a w działaniu odkażającem prawie równym lysolowi. Tylko pod względem rozpuszczalności w wodzie i przeźroczystości rozczynów ustępuje lysolowi.

Mydło kreozolowe jest środkiem odkażającym około 4 razy tańszym od lysolu, jednak w działaniu odkażającem od niego trochę słabszym. Natomiast rozpuszczalność jego i przeźroczystość rozczynów w wodzie przekroplonej jest conajmniej równa lysolowi.

Wobec tego można te środki odkażające, ze względu na ich taniość, polecić zamiast lysolu wszystkim lekarzom, klinikom, szpitalom, lecznicom, sanatoryom, zakładom dezynfekcyjnym i t. p.

Rozczyny tych środków poleca się przyrządzać w wodzie przekroplonej, a gdzie jej z powodu wielkiego zapotrzebowania użyć nie można, w deszczówce, lub w jakiejkolwiek miękkiej, a nie zanieczyszczonej wodzie. Odnosi się to głównie do mydła kreozolowego.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Poduschka. **Leczenie gruźlicy tuberkulomucyną Welemińskiego** (Wien. med. Woch. 1913 Nr 6). Autor stosował w całym szeregu przypadków schorzeń gruźliczych wstrzykiwania tuberkulomucyny Welemińskiego w dawkach jednorazowo 4—6 mg. w 1% rozczynie karbolowym (2 : 100). Odczyn był zawsze silny; miejscowo zaczerwienienie i obrzęk, który utrzymywał się 5—10 dni, (bolesność mała); ciepłota ciała podnosiła się do 38°, a wyjątkowo do 39°, i to z dreszczami, kaszel i wykrztusina zwiększały się. Odczyn ten występował w 4—8 godzin po wstrzyknięciu i utrzymywał się 24 godzin. Potem następowało wybitne polepszenie: kaszel i bóle ustępowały, apetyt wzrastał, poty nocne znikały zupełnie już po jednorazowej dawce, sen się poprawiał. Po

lepszenie to utrzymywało się kilka dni, potem znowu powracał stan gorszy, ale już nie o takiem nasileniu, jak przed wstrzyknięciem. Wstrzykiwania powtarzał autor co 8 dni, dawki zwiększał nieznacznie, ale nie przekraczał 10 mg, bo tu nie występuje osłabienie działania, jak się to dzieje przy tuberkulinie. Szczególnie dobre skutki widział P. po leczeniu tuberkulomucyną w przypadkach gruźlicy skóry i gruczołów, które po 5—6 tygodniach znacznie się zmniejszały. Polepszenia te występowały wybitniej, jeśli obok leczenia tuberkulomucyną zmieniano na lepsze warunki życia i pożywienie. Co do trwałości polepszeń, nie może jeszcze P. wydać sądu z tego powodu, że leczenie to stosuje dopiero od niedawnego czasu. Hs.

Jagić **Wskazania do leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.** (Wien. med. Woch 1913 Nr 6). Metoda leczenia gruźlicy płuc sposobem Forlaniniego polega, jak wiadomo, na wywoływaniu sztucznem odmy piersiowej, np. przez wprowadzenie do opłucnej azotu, który trudno ulega wessaniu. W uciśniętem płucu sprawa chorobowa niełatwo szerzy się na części sąsiednie, jad gruźliczy nie może się przenosić przez uciśnięte naczynia krwionośne i limfatyczne; ale najważniejszym czynnikiem jest ucisk na jamy gruźlicze. Zdaje się też, że sztuczna odma z jednej strony wpływa korzystnie na drugie płuco, które silniej zostaje ukrwione i lepiej pracuje. Warunkiem do wykonania tego zabiegu jest prawidłowa opłucna, duże bowiem zrosty usuwają możność wywierania ucisku, zwłaszcza w szczytach, gdzie zwykle sprawa chorobowa się toczy. Zrosty te częściowo można rozerwać, wprowadzając gaz pod silniejszem ciśnieniem, ale połączone to jest z bólem i niezawsze bezpieczne. Nadto serce powinno być prawidłowe, zwłaszcza że wskutek ucisku zostaje przesunięte. Wskazaniem do wykonania sztucznej odmy piersiowej jest: jedna duża, lub więcej małych jam gruźliczych, oraz małe zrosty po jednej stronie, a nieżyt szczytu albo mały naciek po drugiej stronie. Przy większych zmianach zabiegu tego wykonywać nie należy. Sztuczną odmę stosować też można przy uporczywych krwotokach płucnych, które bardzo szybko ustają; ustępują też długotrwałe gorączki. Hs.

P. Poledne: **Zatrucie chininą.** (Časopis lékarův českých 1913 Nr 4). Autor przytacza szczegółową historyę choroby przypadku zatrucia chininą u żołnierza, który przez omyłkę zamiast siarczanu magnowego zażył 12 gramów chininy. Przypadek obserwowany był przez dziewięć miesięcy, a skończył się pomyślnie; jedynie wzrok pozostał upośledzony do $^6/_{30}$ (pr) i $^6/_{36}$ (lewe) przy prawidłowem dnie oka. Na podstawie swego spostrzeżenia i 12 przypadków z literatury kreśli autor dokładną symptomatologię tego zatrucia. M.

Prof. J. Thomayer: **Przyczynek do rozpoznania zapaleń osierdzia** (Časopis lékarův českých, 1913 Nr 1). Z przypadków zapalenia osierdzia często bywają nierozpoznawane te, w których znikło już tarcie, a wysięk jeszcze jest mały, i te, w których wysięk jest wprawdzie duży, przylega jednak nieznaczną tylko powierzchnią do przedniej ściany klatki piersiowej, podczas gdy wielka część jego ukryta jest głęboko w klatce. Taki charakter mają najczęściej wysięki u osób mających t. zw. »cor mobile«, a są one dla opukiwania niedostępne. Przypadki te bywają nierozpoznawane, choć chorzy tacy cierpią na duszność, nie będącą w żadnym stosunku do objawów fizycznych i choć tony sercowe u nich mają charakter tonów słyszalnych zdaleka, tem bardziej, że nie każdy taki przypadek badany bywa promieniami Röntgena. Pomocnym w rozpoznaniu tych przypadków z ukrytym wysiękiem może być objaw, przypadkowo odkryty przez autora, a stwierdzony na wielu chorych: szmery oddechowe pod lewym obojczykiem w pozycyi leżącej są albo mało, albo zupełnie niesłyszalne, natomiast w pozycyi siedzącej stają się wyraźne, co autor tłómaczy zwiększeniem się ucisku, wywieranego przez wysięk na lewe oskrzele i płuco w pozycyi leżącej. Stwierdzenie tego objawu powinno w każdym przypadku budzić podejrzenie istnienia ukrytego wysięku osierdziowego. M.

Pedyatrya.

Richard Kapferer: **Niedostarczanie pokarmów, jako czynnik leczniczy w przebiegu ostrych chorób gorączkowych w wieku dziecięcym** (Zeitschr f. diat. u. phys. Ther. 1912 IX.). Prawie wszyscy autorowie głosili i głoszą dalej zasadę, że podczas ostrych chorób gorączkowych bez względu na stan apetytu należy możliwie wydatnie odżywiać chory ustrój, aby z powodu gorączki nie podupadł na siłach. Tymczasem autor, uwzględniając właśnie brak apetytu podczas gorączki, postanowił pójść za tym naturalnym objawem i nie dawać nic jeść, a pozwolić tylko na napoje i to wedle upodobania chorego dziecka. Na szeregu przypadków (zapalenie płuc, oskrzeli, róża i td.) wykazał autor, że towarzyszące gorączce objawy, jak niepokój, ból głowy, senność, wcale nie występowały przy zastosowaniu jego metody. Wprawdzie dzieci traciły przez to na wadze, ale zato po korzystnym przebiegu choroby i po zastosowaniu odpowiedniej dyety dzieci łatwo ten niedobór pokrywały, nawet z wyraźną nadwyżką. W końcu zauważa autor, że nie należy identyfikować nieprzymuszania dziecka do jedzenia podczas choroby gorączkowej, której towarzyszy brak apetytu, z głodzeniem człowieka zdrowego. Weissglas.

O. Heubner: **O przewlekłych nefrozach wieku dziecięcego** (Jahrbuch f. Kinderheilkunde II. 1. 1913). Na 17.000 chorych, przyjętych do kliniki berlińskiej Heubnera, cierpiało zaledwie 73 dzieci na przewlekłe nefrozy. Co do wieku, to najwięcej, bo $^2/_3$ dzieci przypadało na wiek szkolny (od 7—14 lat), najmniej na oseski (1 przypadek). Co do płci stosunek równy. — Najwięcej dzieci (30) cierpiało na przewlekłą krwotoczną nefrozę. Mocz u tych dzieci krwotoczny utrzymuje się całemi latami z małemi wahaniami, jest barwy czerwonej w różnych odcieniach, ilość dobowa mniejsza od prawidłowej, czasami jednak, zwłaszcza po lekarstwach, dochodzi i do 2 litrów. Białko waha się w stosunku do ilości moczu od 3—9‰ i wyżej. W osadzie liczne krwinki czerwone i białe, wałeczki najrozmaitsze, komórki stłuszczone i z nich złożone wałeczki. Ten rodzaj nefrozy odznacza się obrzękami. Podmiotowych objawów często w początkach przez długi czas nie ma. Ogromna większość tych chorych pozostaje nieuleczoną, a choroba kończy się po latach śmiercią albo wskutek mocznicy, albo ogromnych obrzęków i osłabienia serca, lub wtórnego zakażenia. Serce w tej postaci nefrozy zachowuje się różnie. Obraz anatomo-patologiczny makroskopowy: Powiększenie wskutek obrzęku substancyi korowej, na przekroju obraz w jednym przypadku podobny do pstrej nerki, poza tem barwy żółtej. Etyologia tego cierpienia najrozmaitsza. Zwraca uwagę to, że trzecia część dzieci była dotknięta limfatyzmem. — Drugą grupę stanowią nefrozy, różniące się od poprzedniej brakiem charakteru krwotocznego. Choroba rozpoczyna się niepostrzeżenie. Białko w moczu dochodzi do 14‰, barwa moczu żółta, czasem brunatna, zależnie od ilości dobowej. W osadzie mnóstwo wałeczków ziarnistych, nabłonki, komórki stłuszczone, liczne leukocyty i nieliczne krwinki czerwone. Ciśnienie krwi przeważnie w granicach prawidłowych. Trwanie tego rodzaju nefrozy krótsze, niż poprzedniej; najczęściej po kilku miesiącach wiedzie sprawa ta do śmierci. Obraz sekcyjny: nerka duża, biała, torebka napięta, substancya korowa na przekroju szersza, wiotka, jednostajnie żółta, lub nakrapiana. Leczenie w obu tych postaciach nefroz musi dążyć do chronienia ustroju od nowych zakażeń (usuwanie migdałków i t. p.), poza tem ogranicza się do leczenia objawowego. Leczenie klimatyczne (Egipt) nie daje wybitniejszych wyników. — Trzecią postacią jest, zresztą bardzo rzadka, bo przez H. raz spotkana,

t. zw. nefroza marska. — Rzadko również zdarza się nefroza, przyłączająca się do zapalenia miedniczek. Na 73 nefroz było ich tylko 6, wszystkie u dziewcząt. Najczęściej chodzi tu o zakażenie prątkiem okrężnicy; raz było tylko zakażenie paciorkowcem. Leczenie, jak przy przewlekłem zapaleniu miedniczek. — Piątą grupę stanowi postać nefrozy lekka, dawniej określana jako »paedonephritis levis«. Takich chorych było tylko 13, nie świadczy to jednak o rzadkości, bo tacy chorzy nie leczą się najczęściej i nie dochodzą do szpitali. Objawy zwykle nie zwracają uwagi na nerki, tembardziej, że nie ma obrzęków. W moczu białko dochodzi do $1^0/_{00}$, w osadzie szkliste i ziarniste wałeczki, leukocyty, a czasami przy zaostrzeniach, wywołanych chorobami zakaźnemi ostremi, krwinki czerwone. Postać ta mimo przebycia chorób zakaźnych nie przechodzi w postacie cięższe; występuje najczęściej po 6. roku życia. W etyologii znaczenie mają choroby zakaźne, zwłaszcza płonica. Sekcyjnie stwierdza się w tej nefrozie w substancyi korowej ogniskowe stłuszczenia, a w warstwie granicznej małe ogniska drobnokomórkowe. Wyleczenie zupełne rzadkie; w leczeniu trzeba ograniczyć się do strzeżenia ustroju przed zaostrzeniami, ustalić odpowiednie dyety i t. d. — Zbliżoną do poprzedniej grupy jest postać białkomoczu przemijającego. Zmiany w osadzie i białko ustępują czasem na kilka tygodni. Wyleczenie możliwe. — Z całego zestawienia wynika, że powodem nefroz przewlekłych w $^7/_{10}$ przypadkach są choroby zakaźne, tak jak i w ostrych zapaleniach nerek, ale nietylko choroby gośćcowe i wysypkowe, lecz drobne a częste zakażenia, jakie spotykamy zwłaszcza u dzieci dotkniętych limfatyzmem. Dodej.

R. Franz: **Czarna choroba** (melaena neonatorum) **leczona surowicą** (Münch. med. Wochenschr. Nr 53, 1912). Surowicę otrzymywał R. przez wypuszczenie krwi z pępowiny matki po oddzieleniu dziecka, odwirowanie i dodanie chloroformu. Surowicę wstrzykiwał w ilości 10—25 cm³ podskórnie, wedle potrzeby nawet kilkakrotnie, nie widząc przytem nieprzyjemnych objawów ubocznych. Na podstawie pięciu przez siebie tą metodą leczonych przypadków, w których wynik leczenia był korzystny, sądzi autor, że należałoby ją w każdym przypadku czarnej choroby stosować. Dr J. Ld.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Z prac, przedstawionych na posiedzeniu w d. 3. marca 1913, wymienić należy przedstawioną przez czł. K. Kostaneckiego pracę p. Jeleńskiej — Macieszyny: »Drogi wychodzące ze wzgórków czworaczych przednich królika«.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 12 II. 1913.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 28.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. **O własnej operacyi twardówkowej (sclerotomia cruciata superfic.), jej technice i wskazaniach** (Rzecz przdznaczona do druku).

W dyskusyi zabiera głos:

a) Prof. K. Majewski: Ponieważ prelegent, przedstawiając swoją metodę operacyjną, pominął, może z rozmysłu, szczegółową krytykę innych istniejących i zalecanych metod, przeto uważam za wskazane podnieść, z jakiem zadowoleniem musimy przyjąć pojawienie się skutecznej operacyi w dziale chirurgii ocznej, który obfituje w wielką liczbę pomysłów operacyjnych, właśnie dlatego, że żaden z nich dotąd nie zapewnia pomyślnych wyników. Chcę zatem wskazać, jak ważne miejsce w okulistyce operacyjnej powinna zająć »sclerotomia superficialis cruciata«. Chodzi tu przecież o zwalczanie jaskry, jednej z najgroźniejszych chorób oka, o której słusznie powiedziano, że jedni ślepną z niej bez operacyi, drudzy pomimo operacyi, a inni wskutek operacyi. W przypadkach jaskry pierwotnej ostrej i podostrej klasyczna irydektomia Graefego pozostanie zawsze chyba najlepszym i najpewniejszym zabiegiem operacyjnym. Ale istnieje cały szereg innych postaci jaskry, gdzie ona nietylko zawodzi w skutku, ale czasem nawet sprowadza fatalny zwrot w przebiegu choroby. Wymienię tu tylko z jednej strony jaskrę krwotoczną, a z drugiej ową jaskrę »prostą« (glaucoma simplex), która gasi wzrok bez bólów, zdradziecko, a nieubłaganie. Ileż to dotąd podano sposobów operacyjnych przeciw tej ostatniej właśnie postaci jaskry. Zawiedliśmy się jednak na wszystkich. Ani »sclerotomia anterior« Weckera, ani »sclerotomia posterior«, ani cyklodyaliza Heinego, ani sklerektomia, względnie irydosclerektomia Lagrangea, ani trepanacya twardówki Fergus-Elliota, nie spełniły pokładanych w nich nadziei. Widać z tego, jak ważną i jak przykrą lukę w chirurgii okulistycznej wypełni nowy, a szczęśliwy pomysł operacyjny, podany przeciw tym właśnie postaciom jaskry, wobec których dotąd staliśmy bezbronni. Tego spodziewamy się po operacyi, którą nam dziś Prof. Wicherkiewicz przedstawił.

b) R. dw. Prof. Dr Wicherkiewicz: Wstrzymałem się naumyślnie z krytyką innych zabiegów, podejmowanych przeciw jaskrze, raz dlatego, by nie wzniecić słusznego może zarzutu, jakobym ujmował pewnym zabiegom wartości, by wyższość własnego podnieść, a więcej jeszcze dlatego, że krytyka właściwa wymagałaby zbyt szerokiego traktowania rzeczy, której nie można ująć w jednym wykładzie. Zaznaczam jednak, że przeciw jaskrze zapalnej, ostrej, gdy powód jej prawie wyłącznie odnieść trzeba do przedniego odcinka gałki, uważam zawsze irydektomię jako zabieg najodpowiedniejszy, byle wykonany był właściwie, t. j. byleby operator cięcie zrobił odpowiednio obwodowe, a tęczówkę wyciął do jej połączenia z ciałkiem rzęskowem. Moja operacya może tu być tylko paliatywną, jeżeli z jakiegokolwiek powodu nie zdecydujemy się na irydektomię, n. p. dlatego, że chory okazuje się zbyt niespokojnym, przednia komora zbyt płytką, źrenica mimo użycia środków zwężających szeroką. Tu oczywiście irydektomia mogłaby stać się niebezpieczną, a w takich razach można ją poprzedzić sklerotomią krzyżową powierzchowną. Ścisłe określenie wskazań tej operacyi wymaga jeszcze wielu dalszych obserwacyi, bo doraźny skutek nie powinien wpływać rozstrzygająco na wyrok o wartości. To jednak już dziś twierdzić mogę, że »glaucoma simplex« będzie wedle mego przekonania tą chorobą, przeciw której moja operacya okaże się jedynie wskazaną, gdy inne raczej sprawę pogarszają, przyśpieszając tragiczny koniec oczu, tą chorobą dotkniętych. Przedstawiam Panom przypadek »glaucoma simplex« u górala, obserwowanego przezemnie od roku. Mimo stosowania pilokarpiny wzrok obniża się, a pole widzenia, jak wykreślenie wskazuje, jest już bardzo dośrodkowo ograniczone. Wczoraj zrobiłem sklerotomię krzyżową na lewem oku, a dziś już wzrok tego oka podniósł się, pole widzenia rozszerzyło się.

Gdy na zapytanie Dr Brudzewskiego, czy można doraźnie oznaczyć stopień napięcia, badano go tonometrem Schiötza, wynik wykazał, że napięcie prawego nieoperowanego oka może nieco niższe od lewego.

Wicherkiewicz tłómaczy ten objaw jako zupełnie na-

turalny, gdyż do prawego oka wyłącznie dziś jeszcze wpuszczono »pek« czyli pilokarpinę, ezerynę i kokainę, która to mieszanka ma tę własność, iż silnie napięcie obniża. Jednak nie jest to żaden środek leczniczy, lecz tylko symptomatyczny, żadnego zaś chorego nie doprowadzimy do tego, by go stale stosował. Na lewem oku utrzymuje się atoli napięcie, osiągnięte zaraz po operacyi, a dalej stale pod wpływem miesienia obniżać się będzie.

3) Nawiązując do preparatu mikroskopowego, przygotowanego przez Dra Kleczkowskiego, zaznacza prof. Wicherkiewicz, iż preparat pochodzi z chorego, który na jednem oku miał w obrębie szpary od miąska aż do rogówki ciągnącą się wyniosłość różową o nierównej powierzchni, mogącą uchodzić za brodawczaka. Mikroskopowy jednak obraz wskazuje na bardzo silny przerost nabłonka i wnikanie czopów jego do przerosłej tkanki łącznej, co odpowiada właśnie budowie owych znamiennych wyniosłości, jakie widujemy w przypadkach wiosennego nieżytu czyli **»phlyctaena pallida«**. Pokazuje się więc w tym przypadku niezwykle jednostronna postać tej choroby.

Przy tej sposobności zaznacza Wicherkiewicz rozmaite postacie, w jakich ta rzadka choroba spojówkowo-rogówkowa zachodzi, a dalej i to, iż kiedy u nas wedle statystyki stwierdzono od 0·2—0·7 pro mille wynoszącą częstość tego zjawiska, to wedle artykułu, niedawno umieszczonego w »Archivos de Ophthalmologia« Dra T. Busto w Hiszpanii, dochodzi częstość do 1·5 pro mille, co niewątpliwie zależne jest od silniejszej insolacyi w tym kraju południowym.

4) Dalej przedstawił prof. Wicherkiewicz przypadek **mięsaka barwikowego** podsiatkówkowego w nosowo górnej części, połączonego z odczepieniem siatkówki następowem ku dołowi i w kilku słowach wyjaśnił sposób rozpoznania różniczkowego.

5) W końcu prof. Wicherkiewicz, wytłómaczywszy pokrótce konstrukcyę najnowszego wielkiego **wziernika Gullstranda**, pokazał zastosowanie jego na przypadku **retinitis punctata albescens** i na rzadkim przypadku **guza kiłowego wewnątrzgałkowego** u chłopca, obciążonego dziedziczną kiłą. Guz ten kiłowy pokrywał z początku nerw wzrokowy i przylegającą część siatkówki, sięgając wypustką daleko poza plamkę żółtą. Po leczeniu nowym środkiem przeciwkiłowym Hallopeau, t. j. hektyną (przetwór arszenikowy) guz tak dalece zmalał, że tarczę i najbliższą część siatkówki widać już obnażone. Wziernikiem, umożliwiającym każdemu bez umiejętności wziernikowania rozpoznać nastawioną część dna oka, stwierdzić było można z łatwością guz jasno-szary, nieregularnie okrągły, zalegający okolicę plamki żółtej. W miarę zmniejszania się guza poprawia się wzrok. Dr J. Zubrzycki, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 8. I 1913.

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Przewodniczący przypomniał obecnym uchwałę, powziętą na jednem z zeszłorocznych posiedzeń Zarządu, a dotyczącą niestowarzyszonych kolegów, uczestniczących w posiedzeniach Towarzystwa.

2) Po przeczytaniu przez sekretarza sprawozdania z ostatniego posiedzenia Towarzystwa i z działalności Towarzystwa za rok ubiegły i po wysłuchaniu sprawozdań skarbnika i bibliotekarza balotowano i przyjęto w poczet członków czynnych Towarzystwa kolegów: L. Pinkusa, Gromskiego, Wolfsona, Eisnera, Brabandra, Dutkiewicza i Litmanowicza.

3) Przystąpiono do wyborów członków Zarządu. Na przewodniczącego wyborom powołano kol. Skalskiego który na asesorów zaprosił kolegów: Kolińskiego i Langego, a na sekretarza kol. Kaufmana.

Wynik wyborów (głosujących 55): prezesem wybrano kol. A. Kruschego, wiceprezesem S. Sterlinga, sekretarzem I E. Sonenberga, sekretarzem II A. Tomaszewskiego, skarbnikiem H. Trenknera, bibliotekarzem I Z. Prechnera, bibliotekarzem II H. Goldberga. Do komisyi bibliotecznej wybrano przez aklamacyę kolegów; M. Cohna, Goldmana i Trenknera. Również przez aklamacyę wybrano do komisyi rewizyjnej kolegów: Litauera, Kolińskiego i Solca.

4) Ponownie wybrano wybalotowanych 2 asesorów sądu, kolegów: I. Michalskiego i Grabowskiego. Członkiem zastępcą wybrano kol. Garlicką.

5) Wniosek kol. Kaufmana w sprawie odczytywania na zebraniach rocznych sprawozdań po wybraniu prezydyum ogólnego zebrania, a nie przed wybraniem, jak dotychczas, uchwalono przekazać do rozpatrzenia Zarządowi.

Posiedzenie z dnia 22. I. 1913

Przewodniczący kol. Krusche, sekretarz Sonenberg.

1) Kol. J. Michalski pokazał przypadek **jaglicy ze zwyrodnieniem skrobiowatem.**

2) Kol. Klozenberg przedstawił rodzeństwo dotknięte **mikrocefalią**, chłopca $2^1/_2$ r. i dziewczynkę mającą 3 miesiące z obwodami główki 38 i 32 cm, zrodzone z rodziców zdrowych, ze sobą nie spokrewnionych, nie oddających się pijaństwu. Matka podczas ciąży zdrowa, porody prawidłowe, miednica wykazuje tylko nieznacznie zwężoną sprzężną przekątną. Ojciec nie pije, przymiotu nie było, więcej dzieci nie było. Badanie krwi co do odczynu Wassermana będzie dokonane. Matka zapytuje, czy wolno jej jeszcze wydawać na świat potomstwo.

3) Kol. Pański przedstawił przypadek okresowo występujących **natrętnych myśli samobójczych**. Mężczyzna, 28 lat, żonaty, ma jedno dziecko, po którem żona roniła dwukrotnie z przyczyn niewiadomych; do kiły nie przyznaje się; rodzina zdrowa; samobójstwa się w rodzinie nie zdarzały. Chory skarży się, iż okresowo występują silne bóle głowy i zawroty, trwające jedną lub dwie doby; w następstwie pojawiają się idee samobójcze, bezustannie dręczące chorego w przeciągu tygodnia lub dłużej. Cierpienie trwa już przeszło 8 lat. W odstępach pomiędzy napadami chory pracuje, nie prześladowany żadną myślą chorobliwą. Myśli natrętne, których treścią jest zawsze samobójstwo, występują obecnie u chorego coraz częściej, natomiast przerwy pomiędzy napadami są coraz krótsze. Myśl o pozbawieniu się życia przez powieszenie wystąpiła po raz pierwszy, gdy w obecności chorego opowiedziano szczegółowo o samobójstwie, dokonanem przez jednego ze znajomych chorego. Chory inteligentny nie wykazuje żadnych zboczeń pod względem psychicznym, wie, iż myśli jego są chorobliwe, obawia się jednakże, iż kiedyś myśli takiej ulegnie. U chorego stwierdziłem: zbytnio wypukłe gałki oczne; lewa źrenica szersza niż prawa, obydwie niezupełnie okrągłe, oddziałują dobrze na światło; czucie bólowe na prawej połowie twarzy, na prawej dłoni i wogóle na prawej połowie ciała większe, niż po stronie lewej; odruch brzuszny dolny prawy słabszy; odruch jądrowy prawy słabszy niż po stronie lewej; tarcze nerwów wzrokowych bez zmian; badanie krwi jeszcze dokonane nie zostało. Rozpoznanie nie jest łatwe. Czy można napady myśli natrętnych poczytywać za zwiastuny organicznego cierpienia mózgu (p. p.), którego przejawami były przytoczone powyżej objawy, orzec trudno; wydaje się to jednakże bardzo wątpliwem. Obraz chorobowy imituje cierpienie czynnościowe, którego przebieg składa się z okresów naprzemian przygnębienia z myślami samobójczemi i pełnego zdrowia.

4) Kol. Gromski wypowiedział rzecz p. t. **O zaburzeniach czynnościowych wątroby w przebiegu płonicy.** Oto treść odczytu: Zaburzenia czynnościowe wątroby w przebiegu chorób zakaźnych wogóle, w szczególności zaś w przebiegu płonicy, nie należą do rzadkości. Stwierdzają to liczne badania anatomiczne i doświadczenia kliniczne, opisywane przez wielu autorów. Jednym z pewnych sposobów rozpo-

znawczych jest tak zwana urobilinurya (wzmożone wydzielanie urobiliny wraz z moczem) i lewulozurya pokarmowa. Badania prelegenta odnoszą się do 25 przypadków, a streszczają się w następującem: urobilinurya w płonicy jest wyrazem niedomogi wątroby, której źródło leży w schorzeniu tego narządu, zależnem od działania bakteryi chorobotwórczych. Urobilinurya i lewulozurya dają możność kontrolowania stopnia zaburzeń wątrobnych. Wreszcie stwierdzanie dwóch powyższych objawów wyświetlić nieraz może gwałtowne pogorszenie stanu chorego bez wyraźnych powodów.

W dyskusyi wzięli udział koledzy Trenkner i Osiecki. — Kol. Trenkner zapytuje się, czy wzmożona ilość urobiliny bywa tylko w ostrych okresach cierpienia, czy też i po przejściu okresu ostrego? — Prelegent odpowiada, że tylko w ostrym, gdy okres ostry przechodzi, zjawisko to znika. W nawrotach płonicy, a mianowicie w burzliwym okresie nawrotów, również daje się spostrzegać wzmożone wydzielanie się urobiliny w moczu. W ostrym więc okresie płonicy istnieje pewna predylekcya do wciągania wątroby w sprawę chorobową.

5) Kol. Klozenberg przedstawił **preparaty**: a) mózgu 48 l. m., który został dostarczony do szpitala w stanie nieprzytomnym z ciepłotą 38°,5, z prawostronnym objawem Babińskiego, z obrzękiem lewego wyrostka sutkowego bez zmian na dnie oka. Trepanacya dokonana przez kol. Rozenblata wykazała zakrzep zatoki, po usunięciu którego wylała się obfita ilość ropy. Chory zmarł nazajutrz. Autopsya wykazała ropne zapalenie opony miękkiej na powierzchni wypukłej i podstawie mózgu i **ognisko rozmięknienia** w dolnym zwoju skroniowym lewym.

b) Mózg 39 l. mężczyzny, który we wrześniu r. z. miewał silne bóle głowy z wymiotami, okazywał osłabienie inteligencyi, przed 15 l. uległ urazowi w lewą połowę czoła, po którym pozostała blizna. Objektywnie p = 52—56, słabe oddziaływanie źrenic na światło, brodawka zastoinowa obustronna, poza znaczną desoryentacyą i osłabieniem intelektu. Kol. Justman, który chorego wtedy miał w swej pieczy, przypuszczając z objawów powyższych sprawę urazową w zrazie czołowym, zakwalifikował chorego do trepanacyi, co też zostało w I okresie przez kol. Ewarysta Jasińskiego 27. XI. 1912 dokonane. Chorego po raz pierwszy widziałem 14. XII. 1912. Stan przedmiotowy mało co się różnił od wyżej podanego. II okres operacyi, dokonany 16. XII 1912, rzucił więcej światła na rozpoznanie, gdyż wydobyte zostały 3 pęcherzyki, które okazały się **wągrami** Stan chorego po operacyi pogarszał się stopniowo chory przy objawach zupełnej utraty przytomności i podniesieniu ciepłoty zmarł 5. I. 1913. Na sekcyi, która niestety musiała się ograniczyć tylko do wyjęcia **mózgu**, znaleziono wągry rozsiane podoponowo w szarej istocie mózgu, mniej ich było w białej, sporo w komorach bocznych; te komory, znacznie rozszerzone, zawierały dużo płynu, powierzchnia wyściółki w lewej komorze chropawa (ependymitis ventricularis?).

c) Mózg 27 l. panny, która od sierpnia r. z. cierpiała na bóle głowy z wymiotami, postępującem osłabieniem wzroku (brodawki zastoinowe z wybroczynami, wysiękiem), lewostronnym niedowładem VI i VII, drżeniem oczu l. k. g. i drgawkami klonicznemi napadowemi, poczynającemi się w pr. k. g. i przechodzącemi w ogólne, przy odczynie Wassermana ujemnym. Przypuszczając sprawę uciskową w okolicy lewej półkuli mózgu, lub drogach móżdżkowych, zakwalifikowano chorą do trepanacyi dekompresyjnej w okolicy potylicznej, co też przez kol. Ewarysta Jasińskiego dokonanem zostało. Podczas operacyi silne krwawienie z zatoki, które dopiero przez ucisk zostało zatamowane. Przebieg pooperacyjny wskutek ciągłego upływu płynu mózgordzeniowego nader niepomyślny. Chora nie dożyła II okresu operacyi. Na sekcyi znaleziono rzeczywiście **glejaka** wielkości orzecha włoskiego w lewej szypułce móżdżku (crux cerebelli ad corpora quadrigemina). E. Sonenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 16. XI. 1912.

I. Kol. Markowski: **O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w rozpoczynającej się zaćmie.** Chcąc przekonać się o wartości tej metody leczniczej, zaleconej w ostatnich czasach przez Verdereau, Dufaura, Pflugka, Pomala i innych, stosował ją referent w 5 przypadkach rozpoczynającej się zaćmy starczej korowej bez powikłań. W pierwszym przypadku po 12 wstrzyknięciach bystrość wzroku podniosła się z $^5/_{10}$ na $^5/_6$ (z trudnością). 12 wstrzykiwań następnych bez żadnego skutku. W zmętnieniu soczewki nie widać dostrzegalnej zmiany. W drugim przypadku po 10 wstrzyknięciach bystrość wzroku zmniejszyła się, w prawem oku o połowę, w lewem z $^5/_{10}$ na $^5/_{15}$. Po każdem wstrzyknięciu, silny odczyn i ból. W trzecim i czwartym przypadku po kilkunastu wstrzyknięciach (10 w jednym, 18 w drugim) bystrość wzroku podniosła się z $^5/_{10}$ na $^5/_6$. Zmętnienie soczewek trochę się wyjaśniło. W piątym przypadku po 20 wstrzyknięciach bystrość wzroku podniosła się z $^6/_{12}$ na niecałe $^6/_6$. Zmętnienie soczewki bez zmiany. Do wstrzykiwań używano: Kalii jodat. 0,2 Natrii chlor. 0,2, aq. dest. 10,0«. Wstrzykiwania dokonywano w odstępach czasu możliwie krótkich. Początkowo pół strzykawki, za trzecim razem cała strzykawka gramowa. W celu zmniejszenia bólu podawano akoinę z kokainą. Bezpośrednio przed wstrzyknięciem znieczulano spojówkę 5% rozczynem kokainy. Na zasadzie powyższych spostrzeżeń referent sądzi, że ten sposób leczenia zaćmy zasługuje na uwagę lekarzy i dalsze badania.

W dyskusyi kol. Biegański i Edward Kohn zapytują kol. Markowskiego, dlaczego wstrzykiwania jodku potasu wywierają wpływ lepszy od wkraplań i czy wobec drażniących własności tego środka nie spostrzegano groźniejszych dla oka powikłań. — Kol. Markowski odpowiada, że prawdopodobnie po wstrzyknięciu jodek potasu łatwiej przenika do soczewki. Objawy odczynu nie są groźne dla oka i najczęściej na drugi dzień ustępują bez śladu.

II. Kol. Perłowski przedstawił chorego l. 32 z **kilakiem mózgu**. Chory zgłosił się przed miesiącem z powodu silnych bólów głowy, trwających już od kilku tygodni, braku łaknienia i osłabienia ogólnego. Przy badaniu zauważono utrudnienie mowy. Po kilku dniach bóle głowy wzmogły się znacznie, stan nawpół przytomny. W narządach wewnętrznych zmian niema. C. 38,2°, tętno 100. Po 4 dniach poprawa. Inteligencya w dniu pokazu upośledzona, chory »mówi nie do rzeczy«. Dno oka i oddziaływanie źrenic prawidłowe. Porażeń mięśni ocznych niema. Odczyn Wassermana dodatni.

W dyskusyi kol. Biegański wyłącza guz i zapalenie krwotoczne mózgu i oświadcza się za kiłą.

III. Kol. Rozenfeld przedstawił dziewczynkę czteroletnią z **pląsawicą i atetozą wrodzoną**. Dziecko urodziło się w 8. miesiącu ciąży. Karmione było piersią do końca drugiego roku. Mając 3 lata, z trudnością mogło się utrzymać na nóżkach. Ząbkowanie znacznie opóźnione. Uwagę rodziców dosyć wcześnie zwróciły dziwne ruchy rączek i nóżek. Stan obecny: wzrost mały, nie odpowiadający wiekowi, odżywienie średnie, w układzie kostnym zgrubienia, właściwe krzywicy, wyraz twarzy świadczy o pewnem upośledzeniu władz umysłowych. Siła mięśniowa kończyn prawidłowa. Porażeń, sztywności niema. W mięśniach kończyn tułowia i głowy częste kurcze kloniczne, które przeszkadzają wykonywaniu ruchów celowych. Dziecko nie może jeść samo, karmi je matka. W palcach rąk, zwłaszcza prawej, ruchy atetotyczne. Chód nieprawidłowy. Dziecko często traci równowagę, zatacza się, upada Źrenice i ich oddziaływanie prawidłowe. Odruchy ścięgniste bardzo osłabione, prawie zniesione. Objawu Babińskiego niema. Czułość skóry na kończynach dolnych jakgdyby nieco zmniejszona. Rozpoznanie: pląsawica i atetoza wrodzona, która jest zapewne następstwem niedokształcenia mózgowia wskutek

przedwczesnego porodu. Od choroby Littléa przypadek ten różni się brakiem odruchów kolanowych i sztywności mięśni.

W dyskusyi opisuje kol. Biegański trzy postacie choroby Littléa i dochodzi do wniosku, że zespół objawów w przypadku przedstawionym odpowiada poniekąd tej postaci, która powstaje wskutek niedokształcenia dróg piramidalnych i braku otoczek myelinowych we włóknach nerwowych. Rokowanie niepomyślne, choroba kończy się często niedołęstwem umysłowem.

Posiedzenie z dnia 30. XI. 1912.

I. Kol. Rozenfeld przedstawił chorą l. 24 z niewyjaśnionem bliżej **cierpieniem mózgu**. Choroba rozpoczęła się przed rokiem bólem głowy i wymiotami. Objawy te po 4 dniach ustąpiły i chora przez cały rok czuła się względnie zdrową. Od 2 miesięcy chora miewa co kilka dni silne bóle głowy, którym często towarzyszą wymioty. Jednocześnie wystąpiła pewna trudność w chodzeniu i mowie. Stan obecny: Odżywienie złe, ciepłota prawidłowa, tętno 70, brak zmian wyraźnych w narządach wewnętrznych, w moczu niema białka i cukru, błona dziewicza w całości, odczyn Wassermana ujemny. Siła mięśniowa kończyn górnych i dolnych prawidłowa, brak porażeń, sztywności. Chód niepewny, chwiejny, chora często się zatacza. Chodzi z trudnością z zamkniętemi oczami i w ciemnym pokoju. Przy wykonywaniu ruchów celowych ślad bezładu w kończynach górnych, zwłaszcza w prawej. Mowa niewyraźna, z odcieniem nosowym, chora się zacina i rozdziela zgłoski. Źrenice z obydwu stron jednakowe, bardzo słabo oddziałują na światło, dobrze na przystosowanie. Zastoiny na tarczy nerwów wzrokowych niema. Odruchy ścięgniste prawidłowe. Niema zaburzeń czucia. W rozpoznaniu kol. Rozenfeld wyłącza histeryę, kiłę, guz mózgu, wiąd rdzenia i stwardnienie wieloogniskowe. W obecnym okresie choroby bliższe jej określenie jest bardzo trudne.

W dyskusyi zaznacza kol. Biegański, że w tym przypadku nie można napewno wyłączyć stwardnienia wieloogniskowego, które jest zbiorem najrozmaitszych objawów, właściwych nieraz różnym sprawom układowym rdzenia i mózgu. Za tem rozpoznaniem przemawiają między innemi okresowe bóle głowy. Z wielkiem prawdopodobieństwem można wyłączyć guz mózgu, napewno wiąd rdzenia. — Kol. Wacław Kohn zapytuje, czy nakłucie lędźwiowe nie mogłoby dać jakichkolwiek wskazówek rozpoznawczych. — Kol. Rozenfeld odpowiada kol. Biegańskiemu, że rozpoznanie stwardnienia wieloogniskowego wydaje mu się nieusprawiedliwione z powodu braku najważniejszych, klasycznych objawów tej choroby, kol. Kohnowi, że badanie cieczy mózgowordzeniowej przy cierpieniach ogniskowych mózgu nie daje żadnych wskazówek rozpoznawczych, a w dodatku przy guzach na podstawie mózgu nakłucie lędźwiowe może być niebezpieczne dla życia chorego.

II. Kol. Stefan Kohn: **O rozpoznawaniu i leczeniu wiewióra u kobiet.** Przed rozpoczęciem leczenia powinno być wykonane ścisłe badanie bakteryologiczne. Wydzielinę zbieramy łyżeczką cewkową Ascha lub odpowiedniemi kleszczykami, wprowadzonemi do szyjki macicznej. Wskutek bezpośredniego zetknięcia się z wydzieliną męzką szyjka maciczna zakaża się pierwotnie, cewka moczowa wtórnie pod wpływem wydzielin, spływających z pochwy. Leczenie rozpoczynamy od błony śluzowej macicy i w miarę możności ochraniamy cewkę moczową od zarażania się wydzieliną macicy i pochwy. Doskonałe usługi oddaje pod tym względem tamponowanie pochwy. W leczeniu błony śluzowej macicy w ostatnim czasie stosowane są przetwory jodowe: 6% jodvasogen i 12% jothion z oliwą. Do wprowadzania tych środków używane są pałeczki Pagenstechera i Sangera. Przy zapaleniu przydatków właściwe leczenie można rozpocząć dopiero po ustąpieniu objawów ostrych. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu tamponów z gliceryną, powietrza gorącego i przepłukiwań pochwy. Przy długotrwałem zapaleniu przydatków, doszczętne wyłuszczenie obydwóch jajników i jajowodów z odcięciem trzonu macicy. O wyleczeniu zupełnem stanowić może tylko dokładna obserwacya chorej. Żeby przekonać się o nieobecności drobnoustrojów, trzeba zrobić w różnych odstępach czasu 8 preparatów sprawdzających. Rzadziej trzeba uciekać się do hodowli zarazków. Leczenie wiewióra u ciężarnych połączone jest z obawą wywołania poronienia. Po czwartym miesiącu należy leczenie przerwać i ograniczyć się tylko do leczenia cewki. Stosowane są wstrzykiwania 2% maści alumnolowej. Baczniejszą uwagę powinno się zwracać na odbytnicę, która w 30% bywa zakażoną. W celach leczniczych można stosować wstrzykiwanie maści alumnolowej, lapisowej lub izoformowej. W przypadkach przewlekłych od niedawna zaczęto stosować surowicę i szczepionkę swoistą. Dodatnie wyniki spostrzegano przy zapaleniu stawów, najądrzy i sterczu.

W dyskusyi podnosi kol. Wacław Kohn, że badanie drobnowidowe preparatów nie daje zupełnej pewności w rozpoznawaniu. Przeprowadzenie hodowli i wyodrębnienie dwoinek tryprowych jest również bardzo trudne. Co się tyczy szczepionek, powinny być one przygotowywane z drobnoustrojów każdego chorego. — Kol. Perłowski, opierając się na spostrzeżeniach Schmidta i Dębskiej, sądzi, że szczepionki należałoby również stosować przy sprawie miejscowej, przy zapaleniu błony śluzowej macicy i przydatków. Dębska podaje około 80% wyleczeń. — Kol. Biegański mówi o wielkiem znaczeniu społecznem poruszonej w referacie sprawy. — Kol. Rozenfeld mówi o trudnościach leczenia systematycznego w praktyce uboższej. Trudność tę potęguje jeszcze konieczność równoczesnego leczenia mężczyzn. — Kol. Łokczewski wątpi, czy badanie nasienia co do dwoinek tryprowych może mieć wartość praktyczną. Następnie zapytuje, czy w leczeniu trypra u kobiet stosowane są drożdże. — Kol. Stefan Kohn odpowiada kol. Wacławowi Kohnowi, że mimo braku bezwzględnej pewności, badanie preparatów, rzadziej przygotowywanie hodowli, pozostanie najważniejszym sprawdzianem wyleczenia. Błędu uniknąć można, ponieważ wymagalnem jest wykonanie przynajmniej 8 badań sprawdzających. Odpowiadając kol. Perłowskiemu, referent powątpiewa o skuteczności szczepionek w sprawach miejscowych. Niewiadomo, co Dębska i Schmidt uważają za probierz wyleczenia zupełnego. W odpowiedzi kol. Rozenfeldowi podnosi referent, że trudności praktyczne leczenia systematycznego łatwo dają się zwalczyć w lecznicach, urządzonych odpowiednio. Koszta leczenia klasy uboższej w Niemczech ponoszą kasy chorych. Kol. Łokczewskiemu referent odpowiada, że czasami mimo braku drobnoustrojów w wydzielinie cewki i sterczu, odnajdywano je w nasieniu. W tych razach, chcąc uchronić kobiety od ciągłego zarażania się, możnaby leczyć mężczyzn szczepionką. Drożdże mogą mieć zastosowanie wówczas, jeżeli przestrzykiwania pochwy są bolesne lub niewłaściwe z powodu zapalenia przydatków.

Karol Rozenfeld.

Sprawy sanitarne w Sejmie 1913.

I.

Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego z I półrocza 1912.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc do właściwego sprawozdania, rozpoczyna Departament V. od przedstawienia zmian, jakie zaszły od 30. XI. 1911 do 30. VI. 1912 w szpitalach stołecznych i prowincyonalnych.

W krajowym szpitalu we Lwowie miał gmach kliniki dermatologicznej, od paru lat ukończony, ale nie urządzony, otrzymać instalacye mechaniczne do d. 1. października 1912, ponieważ nareszcie doszło do porozumienia co do podziału ko-

sztów tych urządzeń między rząd a kraj i Wydział krajowy mógł zarządzić wykonanie robót tych kosztem 94.635 kor. Klinika będzie mogła być otwarta w r. 1913, jeżeli do tego czasu wykończone zostanie wewnętrzne urządzenie kliniki i centralna kotłownia dla wszystkich klinik, której plany były w połowie 1912 r. w opracowaniu w Namiestnictwie. Koszt kotłowni wynosić ma 167.000 k. Planów ani kosztorysów dalszych klinik do połowy r. 1912 Wydział krajowy nie otrzymał, choć już w styczniu oznajmiło mu Namiestnictwo, że są one co do wszystkich klinik (okulistycznej, laryngologicznej i neurologicznej) częścią ukończone, częścią na ukończeniu. Krajowy zakład zakaźny z powodu nieukończenia na czas robót mechanicznych nie mógł być otwarty, jak zamierzano, na wiosnę 1912 (nastąpiło to, jak wiadomo, dopiero niedawno). Będąca w toku rekonstrukcya pralni miała się ukończyć z wiosną 1913, poczem podjęta będzie rekonstrukcya kuchni. Z drobniejszych robót wykonano w r. 1912 urządzenie pracowni bakteryologicznej, zaadaptowano suteryny pawilonu położniczego na pomieszczenie ciężarnych, służby itp. Za konieczną w najbliższej przyszłości uważa Wydział kraj. większą rekonstrukcyę oddziału położniczo-ginekologicznego dla celowego rozkładu sal operacyjnych, izolacyi części zakaźnej i usunięcia przepełnienia. (Mimowoli nasuwa się tu uwaga, że przecież gmach ten należy do najnowszych i mimo to ma doznać większej rekonstrukcyi, gdy fatalnie pomieszczony oddział położniczy w Krakowie od kilkunastu lat napróżno czeka na odpowiednie pomieszczenie). Oddział zakaźny szpitala dziecięcego św. Zofii ma być przekształcony na oddział dla osesków z chwilą otwarcia krajowego zakładu zakaźnego. (Sprawa ta była przedmiotem żywej polemiki w prasie lekarskiej ze stanowiska interesów uniwersytetu i szpitala dziecięcego, jako całości). Wreszcie stosownie do uchwały Sejmu rozpoczął Wydział krajowy przygotowania do jaknajrychlejszej gruntownej rekonstrukcyi i modernizacyi całego szpitala lwowskiego, a gdy z dokonanych zdjęć technicznych okazało się, że obecne terytoryum szpitalne jest na odpowiednie rozszerzenie, a nawet na obecny etat łóżek za małe, przeto uważa Wydział kraj. za konieczne dokupienie w sąsiedztwie około 16.000 m² gruntu, zajętego obecnie przez baraki wojskowe i w tym celu rozpocznie z wojskowością rokowania.

O krajowym szpitalu św. Łazarza w Krakowie oznajmia Wydział krajowy Sejmowi na pierwszem miejscu, że rząd postanowił wybudować klinikę położniczą osobno (co ostatecznie przecięło toczące się od lat kilkunastu rokowania o budowę kliniki razem z krajowym domem porodowym wspólnym kosztem); natomiast ma być w przyszłym krajowym domu porodowym pomieszczona rządowa szkoła położnych i dla rokowań w tym względzie miała się w r. 1912 odbyć konferencya. (Od tego czasu głucho jednak o tej sprawie). Co do rekonstrukcyi szpitala, to Sejm upoważnił w lutym 1912 Wydział krajowy (przez zatwierdzenie sumaryczne w czasie obstrukcyi ruskiej uchwał komisyi budżetowej) do rozpoczęcia w r. 1913 kosztem 920.222 kor. przebudowy obu pawilonów chorób wewnętrznych, kuchni i pralni, oraz odnowienia fasad budynku poklasztornego i kościoła, a Wydział krajowy zamierzał roboty te rozpocząć z wiosną 1913 (na co wobec niedawnych skreśleń w budżecie zapewne się nie zanosi). W sprawie szpitala dla dzieci św. Ludwika odrzucił Wydział krajowy ofertę Towarzystwa opieki szpitalnej co do zakupienia lub wydzierżawienia gmachu tego szpitala przez kraj, a to, stając »na pierwotnie w tej sprawie zajętem stanowisku, które przedstawił Sejmowi szczegółowo« w sprawozdaniu poprzedniem (t. j., że Towarzystwo, o ile nie może lub nie chce nadal prowadzić szpitala, ma obowiązek oddać go krajowi sposobem darowizny; stanowisko, które trudno uznać za słuszne, choćby ono było prawniczo uzasadnione, a które sprawiło, że rzecz cała poszła na tory zarówno dla kraju, jak dla dotychczasowego szpitala św. Ludwika zgoła niepomyślne). Odpowiednie pomieszczenie dzieci, leczonych kosztem funduszu krajowego, »będzie we właściwym czasie« — według sprawozdania — »przez Wydział krajowy stosownie załatwione«. (Tu nasuwają się wątpliwości co do »stosownego« załatwienia, a to z powodu nagłości tej sprawy i koniecznego przez to, a niekorzystnego prowizoryum, co szczegółowiej uzasadniłem w artykule »W sprawie szpitala św. Łazarza«). Wreszcie co do zakładu zakaźnego w Krakowie podaje Wydział krajowy do wiadomości Sejmu, że gmina miasta Krakowa gotowa jest ofiarować na ten cel 5 morgów gruntu na Prądniku białym, pod warunkiem rozpoczęcia przez kraj w ciągu roku budowy szpitala na 200 łóżek i że Wydział krajowy sprawę tę zamierza zbadać, a potem Sejmowi stosowne wnioski przedstawi.

W zakładzie obłąkanych w Kulparkowie zamierzone było stosownie do uchwały Sejmu z 14. II. 1912 zaprowadzenie z wiosną 1913 kosztem 83.000 kor. instalacyi elektrycznej, której roczne koszta obliczano na 32.413 kor. Celem zaś zaopatrzenia Kulparkowa we własny wodociąg (wodociąg miejski lwowski, dotychczas zaopatrujący Kulparków, dostarcza wody zbyt mało), wyszukano odpowiednie źródło w sąsiedztwie zakładu z wydajnością 10 litrów na sekundę, które w ciągu roku 1912 miało być zakupione. Koszt wodociągu obliczono w przybliżeniu na 280.000 kor. Wreszcie również na podstawie uchwały Sejmu zażądał Wydział krajowy od Magistratu lwowskiego dostarczenia większej ilości wody z wodociągu miejskiego, zanim Kulparków posiądzie wodociąg własny; okazało się przytem, że miasto dostarcza już do Kulparkowa zamiast pierwotnie ugodzonych 120 m³ na dobę, 287 m³ (co jednak także nie wystarcza), a gotowe jest dostarczyć więcej, jeżeli kraj zbuduje nowy rurociąg z miasta do zakładu. Wtedy jednak kosztowałaby woda dla Kulparkowa 65.000 kor. rocznie, gdy z własnego wodociągu kosztować będzie tylko około 36.500 kor.

W prowadzeniu zakładu poczynił lub projektuje Wydział krajowy kilka bardzo doniosłych, a oddawna pożądanych zmian. Przedewszystkiem urządzono w listopadzie 1911 po raz pierwszy sześciomiesięczny kurs pielęgnowania umysłowo chorych dla SS. Miłosierdzia, kierowany przez Dr Kohlbergera, dyrektora zakładu, a postanowiono corocznie urządzać kursa powtarzające. Zorganizowano również kursa dla służby oddziałowej. W osobnem sprawozdaniu wnosi Wydział krajowy poprawę płac i zwiększenie personalu lekarskiego w Kulparkowie. Według tego wniosku przybyłoby tam 2 ordynaryuszy i 2 sekundaryuszy, tak że lekarzy wogóle byłoby 17 (co wobec 1836 chorych wcale jeszcze nie jest zadużo), płaca prymaryuszy wzrosłaby z 3400 na 4000, ordynaryuszy z 2100 na 2600, sekundaryuszy z 1500 na 1900 kor., ci lekarze, którzy nie otrzymują mieszkania w naturze, dostaliby dodatki aktywalne po 1000 kor., wliczalne po 20 latach służby do emerytury. Równocześnie wnosi Wydział kraj. pomnożenie i poprawę płac urzędników w Kulparkowie. W temże sprawozdaniu wnosi Wydział przyznanie dodatków prymaryuszowi-okuliście (1100 kor.) w Krakowie, prymaryuszowi i sekundaryuszowi oddziału zakaźnego (po 1000 kor.) w Krakowie i rentgenologowi (600 kor.) we Lwowie, proponując także zastosowanie statutu emerytalnego dla urzędników Wydziału kraj. do całego personalu szpitali krajowych w Krakowie, Lwowie i zakładu w Kulparkowie. W zakresie administracyjnym uzyskał Wydział krajowy poważne oszczędności przez urządzenie własnej rzeźni i masarni w Kulparkowie, co okazało się tak korzystne, że z tej rzeźni zaopatrywano w mięso częściowo także szpital lwowski, dalej przez czas pewien, aż do obniżenia ceny przez rzeźników w Stanisławowie i Kołomyi, oba tamtejsze szpitale, a w końcu nawet szpital krakowski do maja 1912. Od maja zaś poczęto dla szpitala krakowskiego bić bydło w rzeźni miejskiej krakowskiej we własnym zarządzie. Ogólny zysk na tych przedsiębiorstwach wynosił za 7 miesięcy (do końca lipca 1912) około 46.000 kor.

Osobne sprawozdanie z postępów budowy zakładu obłąkanych w Kobierzynie (z datą 6. IX. 1912) oznajmia Sejmowi, że z 45 budynków tego zakładu 34 jest już pod dachem, 6 zbudowanych, ale jeszcze dachem nie nakrytych, budowa reszty rozpoczęta; część budynków już wytynkowano, kilka zupełnie wykończa się; dalej wykonano znaczną część robót drenarskich, kanalizacyjnych, instalacyi mechanicznych i robót drogowych i ogrodniczych. Pewne opóźnienie robót miało przyczynę w początkowym braku wody do budowy. Ukończenie budowy zapowiada Wydział krajowy na koniec r. 1913.

(Dok. nast.).

Fundacya konkursowa ś. p Dra Michała Zieleniewskiego.

Do nader dotąd nielicznych i skromnych fundacyi konkursowych, zmierzających do poparcia badań i prac naukowych lekarskich, przybyła przed laty kilkunastu jedna, a pierwsza i jedyna dotychczas, mająca na oku rozwój badań balneologicznych. Fundacya ta obecnie wchodzi w życie.

Ś. p. Dr Michał Zieleniewski, nadzwyczaj zasłużony pracownik na polu balneologii polskiej, postanowił w rozporządzeniu ostatniej woli z d. 24 kwietnia 1895, co następuje:

»Dla Akademii Umiejętności w Krakowie zapisuję, daję i daruję kwotę 10.000 złot. reń. w. a., wyraźnie dziesięć tysięcy

złot. reń. w. a., w $4^{1}/_{2}\%$ listach zastawnych galicyjskiego akcyjnego Banku hipotecznego, od którego to kapitału zakładowego coroczną całkowitą prowizyę Akademia Umiejętności zechce używać i wyłącznie przeznaczać na nagrodę za prace, poświęcone ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich, czyby owe prace ogłaszane były przez Akademię Umiejętności, jako konkursowe zadania na nagrodę lub czyby ich treść dowolnie przez ich autora obraną była, a Akademii Umiejętności w rękopisie lub w druku przedłożoną została wraz z chęcią ubiegania się autora o odnośną nagrodę. Zadania dotyczące wspomnianego konkursu mają mieć za przedmiot naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich, jako to: szczaw, wód siarczanych, żelazistych i t. d. Zaliczki na zamierzone tego rodzaju badania, na podróże w tym celu przedsiębrać się mające i t. p. wydatki nie mogą być udzielane z niniejszego funduszu — jedynie dokonane i gotowe odnośne wypracowania mają być wynagrodzone. Nadto stanowię, aby Akademia Umiejętności w lat dwadzieścia od daty wydania w r. 1891 mojego »Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych«, a zatem w latach 1911, 1931, 1951, i tak dalej ogłaszała za przedmiot zadania na konkurs z niniejszej fundacyi uzupełnienie wspomnianego mego »Słownika bibliograficzno-balneologicznego« wszystkich należących do jego treści wiadomości, przysporzonych w ubiegłem dwudziestoleciu, a zarazem postanawiam, aby Akademia Umiejętności rzeczony uzupełniony Słownik co lat dwadzieścia drukiem ogłaszała kosztem procentów, pochodzących ze zakładowego kapitału niniejszej fundacyi. Gdyby przedmiot naukowego zbadania i opisu wszelkich polskich wód mineralnych za biegiem najdalszych lat mógł się zupełnie wyczerpać, a zatem gdyby przedmiot i cel jakoteż przeznaczenie niniejszej fundacyi — oprócz ponawianego co lat dwadzieścia wydawania »Słownika bibliograficzno balneologicznego polskich zakładów zdrojowo kąpielowych« — przestały istnieć, a temsamem gdyby niniejsza moja fundacya nie miała ściśle przezemnie pierwotnie oznaczonej racyi swego bytu, wówczas Akademia Umiejętności corocznych całkowitych procentów, pochodzących od zakładowego kapitału niniejszej fundacyi, ma używać na nagrodę, przeznaczyć się mającą autorom za wydane w świeżo ubiegłym roku ich dzieła po polsku, treści lekarskiej, bez różnicy, do którejkolwiek gałęzi medycyny oneby należały, byle autor egzemplarz swego dzieła Akademii Umiejętności przedłożył, wraz z pisemnem wyrażeniem, iż jest w chęci ubiegania się o w mowie będącą nagrodę, a zarazem gdyby Akademia Umiejętności uznała owe dzieło za najgodniejsze nagrody ze wszystkich innych dzieł polskich lekarskich współcześnie wydanych. Możność ubiegania się o wspomnianą nagrodę zechce Akademia Umiejętności w odnośnym czasie podawać do publicznej wiadomości«.

Powyższy kapitał 10.000 złot. reń. w. a. został przez egzekutora testamentu, p. Leona Zieleniewskiego, Akademii Umiejętności w Krakowie do rąk Prezesa celem przechowania i dalszego zarządu oddany. Gospodarując nim umiejętnie, zwiększyła Akademia kapitał fundacyjny do wysokości 36.000 koron, poczem opracowała statut fundacyjny, zatwierdzony przez Namiestnictwo we Lwowie reskryptem z d. 25. I. 1913. L. XIII. b. 86 1.

Na mocy tego statutu ogłasza obecnie Akademia z fundacyi im. ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego poraz pierwszy dwa konkursy, a mianowicie:

Konkurs pierwszy z terminem po koniec roku 1920 na uzupełnienie »Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych«, wydanego przez ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego w r. 1891. Rękopisy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii Umiejętności najpóźniej do 31 grudnia 1920. Autor obowiązany jest dostarczyć zupełnie wykonanego rękopisu i niema prawa żądać zaliczek; po przyjęciu uzupełnienia »Słownika« otrzyma autor honoraryum wedle arkusza, w wysokości przez Akademię ustanowionej.

Konkurs drugi na pracę, poświęconą ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich, a to na temat dowolnie przez autora obrany, byleby tylko autor, ubiegający się o nagrodę, przedłożył ją w właściwym czasie Akademii Umiejętności, a to bądź w druku, bądź w rękopisie. Przedmiotem prac, mogących ubiegać się o nagrodę, będzie naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich i ich działania leczniczego, jakoto: szczaw, wód siarczanych, żelazistych, uzdrowisk klimatycznych i t. d. Zaliczki na zamierzone tego rodzaju badania, na podróże w tym celu przedsiębrać się mające i t. p. wydatki, nie mogą być udzielane z niniejszego funduszu. Jedynie dokonane i gotowe opracowania będą wynagradzane.

Gdyby którego roku żadnej pracy do nagrody nie przedłożono, lub żadna z przedłożonych na nagrodę nie zasługiwała, może Akademia Umiejętności albo przenieść tę nagrodę na lata dalsze w ten sposób, że nagrodę stanowić będzie dwu, trzechletni i t. d. dochód fundacyjny, albo zarządzi dodanie nieużytej kwoty premiowej do kapitału fundacyi (§ 1, ustęp a). Nagroda nie może nigdy wynosić więcej jak pięcioletnie odsetki. Jednoroczny dochód fundacyjny przeznaczony na nagrodę wynosi około 780 K. Prace na konkurs niniejszy należy nadsyłać do Kancelaryi Akademii najpóźniej do 31 grudnia 1913 r.

Prace konkursowe należy nadsyłać do Akademii Umiejętności w Krakowie bezimiennie, pod godłem, obranem przez autora, z dołączeniem koperty opieczętowanej, zawierającej wewnątrz nazwisko autora i jego adres, a opatrzonej tem samem godłem. Według § 18 Regulaminu Akademii wypłata wszelkich nagród konkursowych następuje dopiero po ogłoszeniu drukiem pracy uwieńczonej nagrodą.

Jubilesz Prof. Dra Grzegorza Ziembickiego.

We Lwowie uczczono 28. marca 1913 uroczystym obchodem trzydziestolecie pracy Prof. Dra Grzegorza Ziembickiego na stanowisku prymaryusza szpitala krajowego.

Urodzony w r. 1849 w Przemyślu, został Grzegorz Ziembicki jako młody chłopiec w r. 1861 wysłany przez swego ojca, slynnego wówczas lekarza, żołnierza z r. 1831, do Paryża, gdzie miał się sposobić do zawodu wojskowego na usługi Ojczyźnie. Był to bowiem czas owych wielkich nadziei, które już w dwa lata później zagasnąć miały. Po upadku powstania nie było już mowy o kształceniu się na żołnierza; w r. 1867 zapisał się Grzegorz Ziembicki na wydział lekarski paryski, w r. 1870 nie pozostał jednak na uboczu i jako ochotnik pełnił służbę samarytańską w ambulansach wojskowych naprzód na prowincyi, w końcu w czasie komuny i oblężenia w samym Paryżu. Za zasługi wówczas położone odznaczony został w r. 1895 Legią honorową.

Zdobywszy na konkursie stanowisko »interne des hôpitaux«, pracował w zakresie chirurgii pod kierunkiem Prof. Tillenta, Trèlata, Labbégo i Péana. Od r. 1876 do 1879 był lekarzem szkoły polskiej na Batignolles, w r. 1880 opuściwszy Paryż, pracował głównie pod kierunkiem Billrotha w Wiedniu, gdzie też nostryfikował swój dyplom. Z końcem r. 1880 osiadł we Lwowie i tu otrzymawszy kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu krajowym, rozpoczął w styczniu 1883 pracę na tem trudnem i odpowiedzialnem stanowisku. Pod Jego kierownictwem oddział chirurgiczny znakomicie się rozwijał, dzielnie przyczyniając się do rozbudzenia ruchu naukowo-lekarskiego we Lwowie; z tego oddziału wyszedł też cały szereg wybitnych chirurgów, a z pośród sekundaryuszy Jubilata 30 zajęło potem stanowiska chirurgów-prymaryuszy szpitalnych w kraju. Z utworzeniem Wydziału lekarskiego we Lwowie rozpoczął w nim Jubilat, jako jeden z pierwszych docentów, wykłady, ściągające tłumnie słuchaczy; w r. 1897 otrzymał tytuł profesora.

Znakomita działalność Jubilata zjednała Mu powszechne uznanie, czego dowodem jest odznaczenie orderem Żelaznej korony (1901), wybór na prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego (1891), na prezesa honorowego sekcyi chirurgicznej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (1891), na honorowego prezesa Zjazdu chirurgów w Paryżu (1906), na prezesa Zjazdu chirurgów w Warszawie (1910), powołanie do krajowej Rady Zdrowia (1888), w której zasiadał przez lat 9 i t. d. Wielkie zalety charakteru i serca zjednały Jubilatowi gorące sympatye szerokich kół. Odzwierciedleniem tego był obchód jubileuszowy.

Obchód ten zgromadził bardzo liczne grono lekarzy. Do Jubilata przemówił najpierw imieniem szpitala Dyr. Dr Starzewski, następnie imieniem kolegów Prof. Dr Wiczkowski, imieniem sekundaryuszy szpitala Dr Walichiewicz, imieniem Izby lekarskiej Prof. Dr Festenburg, Towarzystwa lekarskiego Dr Bednarski, imieniem studentów medycyny p. Stapp, imieniem Wydziału krajowego poseł Dr Bernardzikowski, imieniem deputacyi chłopów z Malczyc wójt Iwanczyszyn, wreszcie X. Albert, a w końcu delegat chorych oddziału chirurgicznego. Jubilatowi wręczono medalion, dłuta Sługockiego, odlany w bronzie, oraz oka-

zały zeszyt jubileuszowy lwowskiego »Tygodnika lekarskiego«, wydany przez uczniów i kolegów. W obchodzie uczestniczyli imieniem Wydziału krajowego oprócz Dra Bernadzikowskiego, zastępca marszałka krajowego Dr Piłat, oraz członkowie Wydziału posłowie Dąmbski, Onyszkiewicz i Wereszczyński. Nastrój uroczystości był niezmiernie serdeczny i podniosły.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Na posiedzeniu Kraj. Rady Zdrowia we Lwowie w d. 27. III. 1913 były przedmiotem obrad następujące sprawy: 1. Podręcznik somatologii i higieny. 2. Przerwy w nauce szkolnej z powodu chorób zakaźnych. 3. Instrukcya dla zarządcy zdrojowego w Krynicy. 4. Okręg sanitarny w Podhajcach. 5. Projekt ustawy o pozbawieniu własnowolności. 6. Zakład państwowy dla umysłowo chorych zbrodniarzy. 7. Ulgi w Krynicy dla wdów i sierot po lekarzach. 8. Kolokwia z higieny dla kandydatów na nauczycieli szkół średnich.

— W miejsce powołanego do Najwyższej Rady zdrowia prof. Kučery mianowany został członkiem Krajowej Rady zdrowia do końca kadencyi prof. Dr Sieradzki ze Lwowa.

— Prof. Dr Antoni Jurasz we Lwowie mianowany został profesorem zwyczajnym.

— Oprócz konkursu z fundacyi im. ś. p. Dr Michała Zieleniewskiego, o którym donosimy powyżej, ogłasza Akademia Umiejętności w Krakowie m. i. konkurs im. Kopernika: »Opracować stosunki klimatyczne jednej z większych dzielnic ziem polskich, albo porównać pod względem klimatycznym którąkolwiek z kolonii zamorskich, do których emigruje gromadnie ludność polska, z klimatem rodzimym«. Nagroda wynosi 1.200 koron. Termin do 31 grudnia 1913.

— Na Zjazd w sprawie higieny szkolnej w Düsseldorfie, miasto Kraków wysyła dwóch z grona swoich lekarzy szkolnych. X.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 16. III. do 29. III. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 1 (obcych 4 † 1), krztuśca 5, ospy wietrznej 9, płonicy 19 † 3 (5 † 1), odry 3, duru brzusznego 1 † — (1 † —), czerwonki 2 † — (— † —), kuru 1, róży 3, tężca 1, nagm. zapalenia ślinianek 9. Dr Janiszewski.

Warszawa. Instytucya kąpieli ludowych w Warszawie dobiega 15 lat istnienia. W r. 1898 bowiem za staraniem Komitetu, któremu przewodniczył Prof. Baranowski, za zebrane z ofiarności publicznej 12,500 rb., do których adw. Stanisław Rotwand dodał 10,000 rb., otwarto pierwszą łaźnię ludową w gmachu, postawionym na ten cel przy ul. Dzikiej. Początkowo wydawano około 26,000 kąpieli rocznie (za opłatą po 5 kop.), później liczba ta wzrosła szybko. W r. 1901 otwarto drugą łaźnię im. Chałubińskiego, na Pradze. Roczna liczba kąpieli doszła 120,000, z czego 10% bezpłatnych. Obecnie sprawą tą zajmuje się oprócz wydziału kąpieli ludowych Warsz. Towarzystwa Dobroczynności pod przewodnictwem Prof. Baranowskiego, także Warszawskie Towarzystwo higieniczne i Towarzystwo higieny praktycznej im. B. Prusa.

— Miesięcznik higieniczny »Zdrowie« rozwija się coraz piękniej i jest redagowany coraz bardziej planowo. Obecnie poświęca »Zdrowie« poszczególne swe zeszyty każdy pewnej sprawie, przez odpowiedni dobór artykułów oryginalnych, streczeń i sprawozdań oświetlając ją z różnych stron. I tak w pierwszym tegorocznym zeszycie położono główny nacisk na sprawę krzewienia kultury higienicznej wśród ludu i zapobiegania chorobom zakaźnym, w drugim — na walkę z gruźlicą. W ostatnich czasach wprowadziło też »Zdrowie« pożyteczną innowacyę, mianowicie krótkie streszczenia francuskie każdego artykułu oryginalnego.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 17. III. do 31. III. 1913 przypadków: ospy 3 † —, płonicy 6 † 1, duru wysypkowego 3 † 2, róży 2. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Dr Eugeniusz Marcinkiewicz w Petersburgu, gorliwy pracownik na wielu polach społecznych, prezes Komitetu budowy szpitala polskiego, obchodzić będzie w tych dniach 50-lecie pracy zawodowej i obywatelskiej.

— Pogotowie Towarzystwa ratunkowego lwowskiego niosło w r. 1912 pomoc w 11.790 przypadkach, a ogólna liczba przypadków udzielonej pomocy od założenia Towarzystwa przekroczyła w tym roku 100.000. Fundusz żelazny Towarzystwa doszedł 19914·17 kor., dochody w r. 1912 wynosiły 40726·99 kor., rozchody 32382·90 kor., w czem dyżury i remuneracye lekarzy 17213·89 kor. Do Towarzystwa należy 29 członków założycieli, 42 dożywotnich, 2215 zwyczajnych (zatem dziesięć razy więcej, niż w Towarzystwie ratunkowem krakowskiem!). W jesieni i w zimie urządziło Towarzystwo kursa samarytańskie, w których uczestniczyło 333 osób. Prezesem Towarzystwa jest Dr Stroynowski (z wyboru), wiceprezesem Dr S. Mikołajski (delegowany przez miasto).

— IV. międzynarodowy Zjazd higieny szkolnej odbędzie się w r. b. we wrześniu w Buffalo. Do komitetu wykonawczego amerykańskiego należy jeden Polak, Dr E. F. Fronczak, lekarz naczelny m. Buffalo. Na czele komitetu sekcyjnego polskiego stoi prof. Dr K. Twardowski ze Lwowa, wiceprezesem jest prof. Dr Bujwid, sekretarzem doc. Dr E. Piasecki. Na Zjazd przygotowuje się angielskie uzupełnione wydanie broszury o higienie szkolnej w Polsce, (wydanej na Zjazd paryski po francusku).

— W Petersburgu odbywają się obecnie obrady komisyi rządowej celem opracowania nowego ustawodawstwa sanitarnego. Między innemi zmienione być mają dotychczasowe przepisy o walce z chorobami zakaźnemi. Rozszerzone będą w tym względzie prawa ziemstw i miast, których zarządy będą mogły na własną rękę ogłaszać dane miejscowości, jako zagrożone chorobą i przedsiębrać odpowiednie środki zapobiegawcze, a nawet wydawać postanowienia obowiązujące. Walka z gruźlicą ma być prowadzona przez budowę sanatoryów z funduszów ziemstw i miast, a nawet skarbu, przez tworzenie patronatów, przez wzbronienie pracy suchotników w fabrykacyi i sprzedaży artykułów żywności, jak również przez usuwanie jawnych suchotników z zakładów przemysłowych, szkół, warsztatów, a nawet urzędów. W większych miastach i uzdrowiskach lekarze mają donosić władzom o każdym przypadku jawnej gruźlicy. Poruszono również w projekcie myśl, ażeby za przykładem niektórych Stanów Ameryki Północnej, każdy mężczyzna przed wstąpieniem w związek małżeński składał zaświadczenie lekarskie, że nie jest chory na choroby zaraźliwe.

Podobnież projektowane są środki zwalczania jaglicy; w szkołach, fabrykach i w wojsku mają być dokonywane peryodyczne oględziny oczu i stosowane w razie potrzeby leczenie w ambulatoryach bezpłatnych.

— Cesarski Urząd zdrowia w Berlinie wydaje od kilku lat t. zw. »Merkblätter« t. j. kartki, które w przystępnej formie pouczają publiczność o chorobach zakaźnych zawodowych i t. p. Podobne kartki wydało także niemieckie Towarzystwo walki z rakiem i Towarzystwo zwalczania chorób płciowych. Kartki te umieszcza się w poczekalniach lekarzy, szpitalach, sanatoryach, a w aptekach wręcza się je publiczności. X.

Mianowani. Dr Turner za działalność lekarską w Afryce południowej (m. i. zwalczanie trądu, którego w końcu sam się nabawił), parem Anglii (członkiem Izby lordów); Prof. nadzw. Dr G. Bikeles we Lwowie profesorem zwyczajnym tytularnym; Dr Antoni Cieszyński z Monachium nadzwyczajnym profesorem dentystyki we Lwowie; Dr W. Kamocki naczelnym lekarzem szpitala oftalmicznego w Warszawie; Dr K. Wisłocki etatowym ordynatorem szpitala św. Rocha w Warszawie.

Zmarli. Dr Edward Jaworski w 43 r. ż. w Chełmie; Dr Edward Witkowski, starszy lekarz powiatowy w Łańcucie w 61 r. ż.; Dr Henryk Żmigrodzki z Warszawy w 40 r. ż.; Dr Antoni Niedźwiecki w 57 r. ż. w Mińsku; Dr B. A. Muszkat w 39 r. ż. w Wilnie; Dr Leopold Gawełkiewicz, długoletni wiceburmistrz i lekarz kolejowy w Starym Sączu w 68 r. ż.; Dr Czesław Zawidzki w 46 r. ż. w Warszawie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik IV. Zeszyt 3. (cena 3·50 Mk., całego rocznika 16 Mk.).

Marcowy zeszyt tegoroczny, poświęcony, jak zwykle, chorobom trawienia, przemiany materyi i krwi, zawiera 5 rozpraw, a mianowicie: 1) Prof. Fleiner: O biegunce i zaparciu. 2) Prof. Strauss i Dr Bamberger: Postępy w zakresie nauki o chorobach żołądka. 3) Doc. Schade: Znaczenie spraw fizyczno-chemicznych w ustroju. 4) Prof. Lüthje: Otyłość, dna, cukrzyca. 5) Prof. Meyer: Pseudoleucaemia, myeloma, splenomegalia. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w marcu 1913.

Gazeta lek. Nr 9—12.: Lubieniecki: O niemiarowości tętna stałej (9—10). — Leyzerowicz (dok. 9). — Białokur: W sprawie wyczuwalności wyrostka robaczkowego (10). — Klejn: O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe (11—12).— Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień zapobiegawczych według metody Pasteura w r. 1911 (11). — Bełkowski: Krwiomocz przy podawaniu urotropiny w tyfusie brzusznym (12).

Medycyna i Kronika lek. Nr 9—12.: Sędziak: Nowotwory złośliwe w jamach obocznych nosa oraz w jamie nosowo-gardłowej (9—10). — Karbowski (dok. 9). — Sterling (dok. 9—11). — Littauerówna: Przyczynek do morfologii i biologii prątka twardzieli i innych prątków pokrewnych (11—12). — Kuligowski: Zmiany histologiczne w zapaleniu mięśnia sercowego włóknistem (12—13).

Tygodnik lek. Nr 9—12.: Mars: O tamowaniu krwotoku pochodzącego ze znaczniejszych naddarć szyi macicy podczas porodu (9—10). — Węgrzynowski: Przyczynek do powstawania kwasu szczawiowego w ustroju ludzkim i zwierzęcym (9—10).— Reis: Przyczynek do muszycy oka (11). — Turkiewiczówna: Przyczynek do teoryi rozwoju ciał wolnych w jamie otrzewnej. (11—12).

Nowiny lek. Nr 3.: Serkowski i Wiśniewski: O bodźcach zakaźnych łuszczycy. — Mazurkiewicz: O asymetrycznych czynnościach półkul mózgowych. — St. Serkowski: Opsoniny i bakteryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta. — Dandelski: Chirurgiczne leczenie gruźlicy płuc. — A. Piotrowski: Odruch mięśnia piszczelowego przedniego. — Brodzki: O działaniu kąpieli kwasowęglanych z uwzględnieniem wskazówek leczniczych Kudowy.

Lekarz wileński Nr 2. (poświęcony Dr Aleksandrowi Wojniczowi z powodu jubileuszu 35-letniej pracy zawodowej). Sumorok: Życiorys Dr Al. Wojnicza. — Boguszewski (dok.). — Wojnicz: Napoje chłodzące w Wilnie. — Hanusowicz: Stosowanie szczepionki i surowicy przeciwdwoinkowej w rzeżączce i jej powikłaniach. — T. D.: Leczenie i szczepienie ochronne w gruźlicy.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Z. 2.: Mamrot: O chorobie Hirschprunga. — Sędziuk: O odczynie Engel-Turnaua w moczu niemowląt. — M. Biehler: Porażenie ostre rdzenia u dzieci. Choroba Heine-Medina.

Przegląd chorób skórnych i wener. 1912 Nr 10—12: Serkowski (c. d.). — Goldman: Kilka słów o nowej x rurce Lilienfelda.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt II. Tomu VIII. Szerszeński: Z kazuistyki śródbłoniaków. — Kiełkiewicz: Wynicowanie pęcherza moczowego. Wytworzenie nowego pęcherza i cewki. — Lewenstern: Przypadek zakażenia ustroju ludzkiego przez ziarenkowca czworaczego. — Sławiński: Zastosowanie stawu rzekomego do wytworzenia ruchomego kikuta. — Sławiński: Przypadek wylewu krwawego do trzustki.

Kronika dentyst. Nr 3.: Zawidzki (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr 3. Bier: Kukurydza i jej przetwory młynarskie. — Mołczański: O potrzebie przymusowej sanacyi mieszkań w Galicyi.

Zdrowie Nr 3.: Bączkiewicz: Szkoła jako krzewicielka higieny praktycznej. — Hewelke: W sprawie badań naukowych w dziedzinie gimnastyki. — Maciesza: Ruchoma wystawa higieniczna jako środek krzewienia zasad zdrowotności. — Lidmanowski: Jak ubiera się lud nasz.

Głos lekarzy Nr 5—6.: Taksy za świadectwo o wypadku. — Ustawa o tłumieniu chorób zakaźnych. — Mikołajski: 1) W sprawie pomnożenia funduszu zaopatrzenia wdów i sierot po lekarzach. 2) O reklamie środków leczniczych. — Sprawozdania nadobowiązkowe. — Kongres międzynarodowy dla ratownictwa. — Oczyszczanie wód ściekowych miejskich.— Baschkopf: Organizacya pierwszej pomocy lekarskiej w czasie wojny na Bałkanie.

Słowo lekarskie Nr 4—5. Zaleski: W sprawie partactwa leczniczego. — Umowa z Towarzystwami ubezpieczeń na życie w Austryi. — W sprawie Towarzystw ubezpieczenia od wypadków. — Bednarski: Dyety za tłumienie zarazy, za ochronne szczepienie ospy, oraz taksa, zwana kilometrowem. — Kilka uwag o rozporządzeniu Namiestnictwa z 13. kwietnia 1890

l. 18936. — R. Merunowicz: W sprawie partactwa lekarskiego.— Reklama leków a fundusz im. Jordana.

Nasze Zdroje. Zeszyt 5—6. Łobaczewski: Galicyjski bank zdrojowisk w oświetleniu stosunków ekonomicznych w Galicyi.— Skórczewski (dok.). — Bandrowski: Zakopane w świetle statystyki lekarskiej. — Klęsk: W sprawie ogłoszeń firm obcych w naszych wydawnictwach lekarskich. — N. Z.: Suum cuique.— W sprawie rentowności kolei do Rymanowa. — Z pobytu delegacyi Związku zdroj. w Kijowie i w Wilnie. — Zdrojowiska galicyjskie w Polskim Związku lekarzy i przyr. w Peterburgu.— Zastępstwa nasze za granicami kraju. — Lektura w poczekalniach lekarskich. — Hodowla roślin lekarskich w kraju.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 9. kwietnia 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Dr Nowaczyński: O leczeniu cukrzycy w pojęciu Noordenowskiem.

Walne Zgromadzenie Oddziału jarosławskiego Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się **w sobotę dn. 5. kwietnia 1913** (w rocznicę dziesięcioletniego istnienia Oddziału) **w Jarosławiu w szpitalu powszechnym o godz. 4. popołudniu** z następującym porządkiem dziennym: 1) Odczytanie protokołu z poprzedniego zgromadzenia. 2) Zagajenie. 3) Demonstracya chorych, kol. Fechter. 4) Najnowsze sposoby leczenia kiły, referat kol. Dr Spatza. 5) Sprawozdanie roczne. 6) Wybór przewodniczącego, zastępcy i trzech wydziałowych na r. 1913. 7) Wnioski członków.

Dr Orłowski, sekretarz. Dr W. Czyżewicz, przewodniczący.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala jubileuszowego OO. Bonifratrów w Krakowie.

Prymaryusz Dr Jan Frączkiewicz: **Spostrzeżenia nad »Algocratyną«.**

Do licznego szeregu środków uśmierzających ból przybył nowy lek pod nazwą Algocratyna. Aczkolwiek środek ten nie posiada dotąd prawie żadnej literatury, a skład jego chemiczny podany: $C_{21}H_{25}N_7O_3$ wydawał się nie rokować wiele nadziei, postanowiłem wypróbować go i porównać z innymi podobnie działającymi środkami.

Lek ten podawałem w przypadkach chorobowych, w których ból objawiał się na tle nerwowem, a więc w pierwszym rzędzie w nerwobólach (neuralgiach), w zapaleniach pni nerwowych (polyneuritis) zwłaszcza na tle alkoholowem, ischias, wreszcie przy bólach głowy (migrenie).

Wiadomą jest rzeczą, że cierpienia te z natury przewlekłe, ulegają częstym nawrotom i środki używane dla ich leczenia, które z początku pomagają, jak aspiryna, antipiryna, fenacetyna, pyramidon i t. d. z czasem zawodzą i na ustrój chorego nie reagują tak korzystnie jak z początku. Uciekać się więc musimy do kombinowania tych środków z narkotykami, aby działanie ich spotęgować. Obecnie w »Algocratynie« zyskaliśmy, jak z dotychczasowych wyników sądzić można, dzielny środek dla uśmierzenia bólów, pochodzących z systemu nerwowego, dalsze zaś doświadczenia wykażą, czy i w jakim stopniu działa »Algocratyna« w bólach np. reumatycznych, artrytycznych i t. d.

Z uwag ogólnych dodać muszę, że chorzy bez wyjątku znosili lek ten dobrze bez działań ubocznych, jak odbijania, nudności i t. p.

Reasumując w krótkości działanie »Algocratyny« w powyżej podanych wypadkach orzec można, że:

1) Algocratyna w dawkach 2—4 proszków dziennie nie jest środkiem szkodliwym i nie wywołuje działań ubocznych, dlatego można ją stosować nawet w wypadkach, gdzie inne środki są przeciwwskazane lub gdzie innych środków chorzy nie znoszą.

2) Algocratyna działa rzeczywiście korzystnie w kierunku uśmierzenia bólu na tle nerwowem i to ból o mniejszem nasileniu po kilkudniowem użyciu w dawce 2—4 proszków dziennie usuwa w zupełności, ból zaś dotkliwy znacznie uśmierza i sprawia, że leczenie przyczynowe szybszy i trwalszy odnosi skutek.

Diabeteserin. Działa skutecznie przy cukrzycy, wpływając zarówno na zaburzenia w trawieniu, jak i na nerw błędny. Nawet w ciężkich przypadkach cukrzycy uzyskiwano wpływ korzystny; a także jako środek zabiegawczy ma ten przetwór wysoką wartość w przypadkach glycosuria alimentaria, i to bez konieczności przeprowadzania całej ścisłej dyety. Ll. W.